

## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**


#### **Medidas Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança e Jovem em Contexto de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica:**

#### **Intervenção de Enfermagem**

**Marisa Sofia Pinto de Jesus**

**2014**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **Curso de Mestrado em Enfermagem**

### **Área de Especialização**

#### **Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

#### **Medidas Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança e Jovem em Contexto de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica:**

#### **Intervenção de Enfermagem**

**Marisa Sofia Pinto de Jesus**

**Relatório sob orientação tutorial da Professora Maria Filomena  
de Sousa**

**2014**



*“Pensar na eventual dor que o doente possa ter é um ato de humanismo que não  
podemos perder a oportunidade de viver”*

Prof. Doutor Luís Almeida Santos (2010)

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, pelo amor incondicional que sempre demonstraram e pela educação que me deram.

Ao meu marido, pela tolerância nos momentos de maior dificuldade, pela ajuda, apoio, e todo o amor que demonstrou neste longo percurso.

À Sr.<sup>a</sup> professora Maria Filomena de Sousa, pela orientação, compreensão e disponibilidade ao longo desta etapa.

À enfermeira Ivone Ornelas, pela sua disponibilidade e ajuda na compreensão das especificidades sobre as medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem.

À minha amiga Ana Almeida, pela sua sabedoria.

A todos os meus verdadeiros amigos, pelas palavras de conforto e perseverança que me ajudaram nos momentos de maior dificuldade.

A todas as crianças/jovens e famílias, que se cruzaram neste caminho proporcionando todos os momentos de aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional.

## RESUMO

O controlo da dor é um direito de todas as pessoas, pelo que deve ser assumido como um dever para os enfermeiros, constituindo um indicador de qualidade dos cuidados de saúde. Em pediatria esta problemática assume uma grande relevância, pois a dor não controlada representa o aumento do sofrimento vivenciado pelas crianças/jovens e suas famílias. O impacto da dor não controlada quer na sua qualidade de vida quer nos gastos com a saúde é devido às repercussões negativas a curto e longo prazo. O enfermeiro tem ao seu dispor uma série de Medidas Não Farmacológicas (MNF) que, de forma autónoma, pode utilizar para intervir na prevenção e alívio da dor.

As crianças/jovens que necessitam de internamentos em Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) são expostas a vários procedimentos invasivos, que são causadores de dor. Esta, aliada à ansiedade e ao medo, constituem uma fonte de sofrimento, que poderá ser minimizada com a utilização de uma abordagem preventiva e assertiva de controlo da dor.

O presente relatório visa analisar e refletir, de uma forma geral, sobre as competências adquiridas ao longo de um percurso formativo de alguns estágios, quer em cuidados de saúde primários, quer em cuidados de saúde diferenciados. Competências inerentes ao enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ), que se inserem no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e definidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE). A metodologia escolhida baseia-se no método descritivo e reflexivo, com exposição das aprendizagens decorrentes dos estágios. Este relatório pretende também ver reforçado o papel do enfermeiro EESCJ no âmbito do controlo da dor em pediatria, sendo o enfoque da sua autonomia realçado pela utilização reflexiva e intencional das MNF, uma área de interesse e preocupação para nós e que constitui um foco central à prática de Enfermagem.

**Palavras-Chave:** Enfermeiro especialista; Controlo da dor na criança/jovem; Medidas não farmacológicas; Cuidados intensivos.

## **ABSTRACT**

Pain control is everyone's right, so it shall be considered a duty for nurses, being an indicator of quality of care. In pediatrics, this issue takes high relevance, since non-controlled pain represents an increase in suffering experienced by children/juveniles and their families. The impact of uncontrolled pain on their wellbeing, as well as on health care expenditure is due to negative repercussions in the short and long term. The nurse has a wide range of Non-Pharmacological Measures (NPM) at their disposal, which the nurse can use on their own initiative to prevent and relieve the pain.

Children/juveniles requiring hospitalization in Intensive Care Units (ICU) are exposed to a series of invasive procedures that cause pain that, associated with anxiety and fear, leads to suffering, which can be minimized with a preventive and assertive approach towards pain control.

This report aims to analyze and reflect, in general, about the skills acquired along a training path through several internships in primary care as well as in special care. Such skills, intrinsic to the nurse Specialist in Health Nursing of Child and Juveniles (SHNCJ), fall within the study plan of the Infant and Pediatric Health Nursing specialization area of the Master in Nursing course, defined by the Order of Nurses. The chosen methodology is based on the descriptive and reflexive method, presenting the learning acquired during the internships. This report seeks to highlight and reinforce the role of the SHNCJ nurse in the scope of pediatric pain control, where the focus of their autonomy is emphasized through the reflective and intentional use of NPM, an area of concern and worry for us and that composes a center of attention respecting nursing.

**Keywords:** Nurse specialist; Child/juvenile pain control; Non-pharmacological measures; Intensive Care.

## SIGLAS

Direção-Geral da Saúde – DGS

Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem – EESCJ

*Intensive Care Units* – ICU

*International Association for the Study of Pain* – IASP

Método Canguru – MC

*Non-Pharmacological Measures* – NPM

Ordem dos Enfermeiros – OE

Plano Nacional de Luta contra a Dor – PNLCD

Prática Baseada na Evidência – PBE

Recém-Nascido – RN

Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro – REPE

*Specialist in Health Nursing of Child and Juveniles* – SHNCJ

Unidade de Cuidados Intensivos – UCI

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica de Cirurgia Cardiotorácica – UCIPCCT

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	4
1.1. Definição de dor.....	4
1.2. Mecanismos de Transmissão da Dor.....	6
1.3. Dor na Criança e Jovem .....	7
1.3.1. Efeitos da dor não controlada.....	7
1.3.2. Fatores que influenciam as experiências de dor na criança/jovem.....	8
1.3.3. Papel do enfermeiro no controlo da dor em pediatria .....	12
1.3.4. Importância das medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem para a Enfermagem.....	15
<b>2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO</b> .....	26
2.1. Consulta externa de pediatria.....	29
2.2. Cuidados de saúde primários.....	35
2.3. Unidade de neonatologia .....	39
2.4. Serviço de urgência pediátrica.....	42
2.5. Serviço de cardiologia pediátrica .....	44
2.6. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de Cirurgia Cardiorácica (UCIPCCT) .....	44
<b>3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS</b> .....	48
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	56
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	59
<b>Apêndices</b> .....	66



## INTRODUÇÃO

A dor é um fenómeno complexo, multidimensional e subjetivo, cujas consequências nefastas para a saúde a curto e longo prazo fundamentam a sua importância, elevando o controlo da dor a imperativo ético. O controlo da dor <sup>1</sup> deve ser assumido como um direito humano fundamental e um dever dos profissionais de saúde, sendo um indicador de qualidade e boa prática dos cuidados prestados (OE, 2008, 2013). O enfermeiro assume perante a sociedade um compromisso que se concretiza na prestação de cuidados, num agir fundamentado na Ética, orientado pela Deontologia e no Respeito pelo Direito vigente (Deodato, 2008). Por conseguinte, para o enfermeiro esta problemática constitui um dever ao nível ético e legal consignado no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE).

No que diz respeito ao controlo da dor na idade pediátrica, esta foi uma área, durante muitas décadas, negligenciada, pensando-se que os Recém-Nascidos (RN) não sentiam dor, porém, atualmente, assiste-se a uma valorização crescente da dor sentida pelas crianças por parte dos profissionais de saúde. A preocupação com a dor das crianças resulta do reconhecimento que as crianças têm dor, guardam memória da dor e que a dor não tratada tem consequências a longo prazo (Direção-Geral da Saúde (DGS), 2010). Desde que a dor foi classificada como 5.º Sinal Vital em 2003, pela DGS, temos assistido a várias mudanças na avaliação e valorização da dor, contudo, o controlo da dor é um fenómeno que ainda requer bastante atenção, pois o subtratamento e a subavaliação são uma realidade onde a pediatria tem um lugar de destaque (Schechter *et al.*, 2003; *International Association for the Study of Pain* (IASP), 2006; Batalha, 2006, 2010; Barros, 2010).

Inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Saúde Infantil e Pediatria, o presente relatório pretende espelhar a apropriação de competências nesta área de especialização, tendo como foco central o controlo da dor na criança/jovem com recurso a MNF, ao longo de um conjunto de estágios

---

<sup>1</sup> Ao longo do presente relatório o “controlo da dor” refere-se a um processo dinâmico de estratégias e/ou intervenções coordenadas, que têm como objetivo prevenir, avaliar e tratar a dor (OE, 2013).

em diferentes contextos clínicos. Esta temática sempre nos preocupou e suscitou interesse, pelo que se tornou pertinente aprofundá-la no âmbito do presente mestrado, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro EESCJ é um elemento chave no seio da equipa de saúde, devendo a sua intervenção na promoção do bem-estar e controlo da dor ser um dos pilares dos cuidados prestados à criança/jovem e à sua família.

A dor é uma realidade associada à hospitalização em contexto de cuidados intensivos, que decorre dos procedimentos que a criança/jovem é submetida, todavia esta problemática deve constituir um foco de atenção de enfermagem de forma a ser minimizada. É primordial que os enfermeiros estejam sensibilizados para esta problemática e que consigam imprimir nas suas intervenções um elevado nível de qualidade no que concerne à avaliação, prevenção e alívio da dor na criança/jovem. As MNF que promovam o bem-estar e o alívio da dor, detêm para o enfermeiro, uma importância ímpar, inserindo-se no domínio da sua responsabilidade autónoma, sendo constituídas pelo Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD), 2001, como uma das prioridades no âmbito dos cuidados de enfermagem. Consideramos assim que a presente temática é uma área importante, atual, na qual os enfermeiros poderão marcar a diferença no âmbito da qualidade e humanização dos cuidados de saúde. Sendo o controlo da dor uma área com elevada relevância para a prática da Enfermagem (OE, 2013), torna-se assim pertinente a reflexão sobre a prática de cuidados, mobilizando evidência científica atual de forma a sensibilizar os enfermeiros, com vista aos ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. O presente relatório traduz a preocupação enquanto enfermeiros especialistas, em aplicar uma Prática Baseada na Evidência (PBE), com base numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível, respeitando os princípios éticos, direitos da criança/jovem e da família, valores e princípios da profissão de Enfermagem.

Cada um de nós guia-se na prática de cuidar e nas restantes atividades profissionais por um quadro de referência que engloba conceitos e valores ou crenças, pressupostos que correspondem à nossa conceção de cuidar em enfermagem (Basto, 2009). Desta forma, foi pertinente sustentar a nossa prática de cuidados num modelo teórico de enfermagem, nomeadamente, a Teoria do Conforto, de Katharine Kolcaba. O conforto esteve sempre associado aos cuidados

de enfermagem, como sendo algo desejado (Nightingale, 2005). Morse (1983) postulou que o conforto é o maior instrumento para o cuidado na prática clínica, sendo que os enfermeiros planeiam diariamente otimizar o conforto dos clientes. O conforto é um resultado holístico desejável pertinente para disciplina de enfermagem (Kolcaba, 1994; Kolcaba & Dimarco, 2005). A vivência da dor é determinada por fatores físicos, psicológicos e sociais. Salientamos o medo e a ansiedade enquanto determinantes com uma ação impar na experiência de dor na criança, sendo que todos estes aspetos estão intimamente relacionados com as necessidades de conforto. O controlo da dor concorre para a promoção do conforto, o enfermeiro promove o conforto através das suas intervenções a diversos níveis, sendo a prevenção e alívio da dor um aspeto fulcral para a obtenção do conforto. Importa também refletir sobre a importância de perspetivarmos o controlo da dor à luz do paradigma da transformação, paradigma atual que nos ajuda a compreender os fenómenos e a atuar com qualidade. Se atendermos que no paradigma da transformação cada fenómeno pode ser definido por uma estrutura/padrão único, em interação recíproca e simultânea com o mundo que o rodeia (Kérrouac *et al.*, 1996), podemos facilmente compreender as múltiplas influências inerentes ao controlo da dor, que nos ajudam a identificar os obstáculos e ultrapassá-los em conjunto com o doente, com vista ao seu bem-estar.

A estrutura do presente relatório integra, 4 Capítulos:

No 1.º Capítulo, faz-se a apresentação do enquadramento concetual, nomeadamente o *conceito de dor*, onde são elencados os aspetos mais revelantes para a sua compreensão; *dor na criança e jovem*, enquanto foco central para a enfermagem e a importância das MNF no controlo da dor na criança/jovem para a enfermagem. No 2.º capítulo, procede-se à descrição e análise crítica e reflexiva do percurso formativo dos vários locais de estágio, nomeadamente, os assuntos que nos fizeram crescer enquanto futuros enfermeiros especialistas. No 3.º Capítulo, são analisadas as competências desenvolvidas durante este percurso, e no 4.º Capítulo, é realizada uma síntese conclusiva, resultante da reflexão sobre o percurso formativo. No final, a seguir às referências bibliográficas, incluem-se alguns documentos resultantes do processo formativo (Apêndices) que se consideram relevantes para a compreensão da temática em estudo e apropriação das competências desenvolvidas.

## 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

### 1.1. Definição de dor

Atualmente, é consensual que a dor é um fenómeno complexo, subjetivo, único e multidimensional, cujo controlo constitui um desafio para os profissionais de saúde. A definição de dor está longe de ser consensual, contudo todas as suas definições traduzem a sua complexidade. Segundo a *International Association for Study of Pain* (Pain, 1979, p. 249) dor é “uma experiência sensorial e emocional desagradável associada a danos reais ou eventuais dos tecidos ou descrita em termos desses danos”<sup>2</sup>. Esta definição revela-nos a complexidade e a subjetividade da dor, podendo afetar o indivíduo a diversos níveis. McCaffery (1999), uma enfermeira norte-americana especialista em dor, citada pela OE (2008, p.15), refere que “a dor é tudo aquilo que a pessoa que a experiencia diz que é, existindo sempre que ela diz que existe”. Consideramos que esta definição evidencia a inevitabilidade da presença da dor quando esta é referenciada por alguém. Por conseguinte, acreditar sempre que uma pessoa diz sentir dor é uma premissa no controlo da dor. A dor é “um fenómeno complexo e multidimensional como uma componente fisiológica, sensorial, afetiva, cognitiva, comportamental e social que percecionamos como presente ou subjacente às descrições das experiências de dor ou da nossa própria vivência” (Batalha, 2010, p. 3). Indiscutivelmente, a interação entre as componentes física e emocional, aliadas aos fatores socioculturais e ambientais são uma constante na definição de dor. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a dor é definida como “perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência de sofrimento, expressão facial característica, alteração do tónus muscular, comportamento de autoproteção, limitação do foco de atenção, alteração da perceção do tempo, fuga do contacto social, processo de pensamento comprometido, comportamento de distração, inquietação e perda de apetite” (*International Council of Nurses*, 2011, p. 50). Esta definição denota a subjetividade da dor, sendo importante que o enfermeiro esteja

---

<sup>2</sup> “Pain is an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage”.

atento aos vários sinais da dor, aceitando e respeitando cada indivíduo como um Ser único.

Para melhor compreensão do conceito de dor importa também explorar os seus vários tipos. Neste sentido, a dor deve ser classificada de acordo com a sua *temporalidade e fisiopatologia* (PNLCD, 2001). No que se refere à sua *temporalidade* existe a *dor aguda* e a *dor crónica*. A dor aguda é definida como uma dor de início recente e de provável duração limitada e geralmente tem uma relação temporal e/ou causal (OE, 2008). A dor crónica “é uma dor prolongada no tempo, normalmente com difícil identificação temporal e/ou causal, que causa sofrimento, podendo manifestar-se com várias características e gerar diversos estádios patológicos” (PNLCD, 2001, p. 42). A dor crónica resulta de uma interação complexa e dinâmica de sensações, cognições, emoções e comportamentos (Lee *et al.*, 2010). Quanto à sua *fisiopatologia* (mecanismos geradores de dor), a dor pode ser classificada em *nociceptiva*, *neuropática* e *psicogénica*. A dor nociceptiva resulta de alterações fisiológicas de ativação de nociceptores devido a lesão real ou potencial (IASP, 2010). A dor nociceptiva é causada pela presença de um estímulo doloroso em nociceptores. Este tipo de dor, na sua forma aguda, desempenha geralmente uma função biológica importante, uma vez que alerta o organismo para o perigo iminente e informa-o da ocorrência da lesão ou dano tecidual (ChangePain®, 2013). Em relação à dor neuropática, esta aplica-se a qualquer síndrome algica aguda ou crónica em que no mecanismo de ação há um processo somato-sensorial aberrante ao nível do sistema nervoso central ou periférico (Quintal, 2004). A IASP (2010) refere que este tipo de dor resulta de uma consequência direta de uma lesão ou doença que afeta o sistema somatossensorial. Relativamente à dor psicogénica, esta é um tipo de dor sem lesão tecidual ativa de origem psicossocial (PNLCD, 2001). Karb (2003) refere que o seu conceito é de difícil compreensão e tratamento, pois parece não ter uma base fisiológica, tendo origem no estado psicológico do doente. A dor psicogénica pode ser uma forma de dor crónica denominada também por *transtorno de dor somatoforme persistente*, com importantes influências em contextos de conflitos emocionais ou problemas psicossociais (Organização Mundial da Saúde, 2010).

O presente relatório irá debruçar-se sobre a atuação do enfermeiro EESCJ perante a dor aguda e nociceptiva.

## 1.2. Mecanismos de Transmissão da Dor

Muitas foram as teorias que tentaram explicar os mecanismos de transmissão da dor, no entanto, a complexidade e dinâmica da neurofisiologia da dor foi evidenciada através da Teoria do Portão de Controlo, proposta por Melzack e Wall em 1965. A teoria que integra fatores neurofisiológicos e psicossociais com o objetivo de melhorar a compreensão sobre as vias de transmissão dos impulsos dolorosos (Melzack & Wall, 1965; Melzack, 1999; Apkarian *et al.*, 2009; Forgeron *et al.*, 2010). Esta teoria deu origem à compreensão sobre a influência dos aspetos cognitivos e emocionais no controlo da dor que influenciam positivamente ou negativamente a dor. Os impulsos nervosos descendentes do cérebro, como o pensamento, emoções, sentimentos e atenção, podem influenciar o sinal de dor ascendente proveniente do dano tecidual (Cohen, 2008). Pode-se considerar que esta teoria é um ótimo apoio na compreensão de como as MNF atuam na perceção da dor. Neste sentido, será importante salientar que esta teoria enfatizava a importância dos sistemas moduladores ascendentes e descendentes; admite a existência de um mecanismo neuronal (porta ou portão), localizado nos cornos posteriores da espinal-medula que funciona deixando ou não passar o fluxo de impulsos elétricos desde as fibras aferentes primárias até ao sistema nervoso central (Batalha, 2010). Existem determinadas fibras (fibras A , C) que quando estimuladas “o portão abre”, enquanto outras fibras (A ) são responsáveis pelo “fecho do portão” e a estimulação das fibras de grande diâmetro (pelo toque) pode, de acordo com essa teoria, fechar o portão (Rachlin, 2010) A teoria do “Portão de Controlo” evidência um controlo descendente, desde os centros corticais superiores (os núcleos do trigémeo, da rafe e vestibulares, hipotálamo, substância reticulada e córtex cerebral), desta forma mesmo numa situação em que o impulso das fibras A e C sejam dominantes, o portão pode fechar-se por ação destes centros de controlo descendente e quando o sistema descendente é ativado, há libertação de opióides endógenos (Batalha, 2010). Os efeitos de determinadas MNF no controlo da dor podem ser compreendidos através da ação do mecanismo de controlo do portão descendente, nomeadamente, a distração, a concentração e o relaxamento. Através desta teoria compreende-se também a ação da ansiedade e do medo enquanto

fatores agravantes da dor, pois estes conduzem à “abertura do portão”, deixando passar o impulso doloroso até ao cérebro.

### **1.3. Dor na Criança e Jovem**

#### **1.3.1. Efeitos da dor não controlada**

A preocupação da comunidade científica na área das ciências da saúde, relativamente à dor, tem por base os efeitos nefastos que esta poderá implicar na vida dos indivíduos. Pesquisas sobre a neurobiologia da dor no início do desenvolvimento têm mostrado que crianças de todas as idades têm a capacidade de perceber a dor (Fitzgerald, 2005). Recém-nascidos, mesmo prematuros, são capazes de sentir dor, apesar do processo de produção da mielina não estar completo aquando do nascimento (Loizzo *et al.*, 2009). A memória de dor tem consequências a longo prazo influenciando a vivência de um episódio de dor posterior (Baeyer *et al.*, 2004), Ferreira *et al.* (2000), salienta que a dor ligada à vivência de cuidados de saúde e pode ter influência no comportamento de adaptação, aceitação ou recusa de RN, crianças e jovens. Este fato foi comprovado por estudos que indicam que a intensidade de dor é superior em crianças que já foram submetidas a episódios de dor não controlada (Noel *et al.*, 2012; Andrews & Fitzgerald, 2002, citado por IASP 2005b; Mu, Chen & Cheng, 2009). Repetidos episódios de dor experienciados durante um período janela crítico do neurodesenvolvimento altera a estrutura e a função do sistema nervoso infantil, com influência nas suas respostas ao longo da infância e pode contribuir para o desenvolvimento de dor crónica (Hatfield *et al.*, 2013). O comportamento da criança, face a novos episódios de dor, encontra-se assim alterado devido às modificações persistentes no sistema nociceptivo, alterando as suas respostas à dor (Fitzgerald, 2005; Peters *et al.*, 2005; Breau, *et al.*, 2007), resultando em implicações negativas na sua saúde física e emocional. “A dor não tratada no decurso da doença e da hospitalização pode ativar processos físicos, bioquímicos e celulares que modificam a resposta futura à dor, fenómeno conhecido como sensibilização. As suas consequências estão evidenciadas também na relação entre a ausência de tratamento da dor e os sintomas de stresse pós-traumático observados em crianças

sujeitas a procedimentos muito dolorosos ou frequentes sem recurso a analgesia” (DGS, 2012a, p. 4).

Na idade pediátrica, os efeitos da dor não controlada são de extrema importância podendo condicionar o seu crescimento e desenvolvimento físico, emocional. “A dor não controlada tem na criança, efeitos deletérios sobre os sistemas cardiovascular, respiratório e imunológico e, de certo modo, sobre todo o processo metabólico. Simultaneamente, tem efeitos psicológicos a longo termo que embora não estejam ainda perfeitamente quantificados sabe-se que são perniciosos” (Ribeiro, 2000, p. 21).

### 1.3.2. Fatores que influenciam as experiências de dor na criança/jovem

A complexidade do fenómeno doloroso reside nos vários fatores que o influenciam. “A perceção, resposta, avaliação e tratamento da dor são modificados por inúmeros fatores que mútua e simultaneamente podem influenciar positiva ou negativamente a experiência da dor na criança” (Batalha, 2010, p. 17). A dor é um fenómeno biopsicossocial. Fatores como a idade, nível de desenvolvimento cognitivo, cultura, aprendizagem familiar, experiências prévias de dor, a personalidade e temperamento da criança, constituem fatores que influenciam a experiência e comportamento da criança aquando da presença de dor (Twycross & Williams, 2013). Desta forma, “Reconhecer a individualidade da dor na criança e a sua variabilidade, quer na perceção, quer na manifestação, quer ainda nas respostas conseguidas, leva os enfermeiros a prestar cuidados diferenciados, ajudando a criança a lidar com cada situação de dor, facilitando a sua expressão e planeando intervenções individualizadas no sentido do autocontrolo” (OE, 2013, p. 13).

#### **Fatores Biológicos:**

- **A idade** da criança afeta a sua perceção da dor; Goodenough *et al.* (1999) e McCarthy *et al.* (2010), citado por Twycross & William (2013) refere que foi demonstrado, através de vários estudos, a relação entre a idade e as diferentes intensidades de dor relatadas. A identidade genética de cada pessoa mostra-nos



diferenças na quantidade e tipo de neurotransmissores e recetores que medeiam a dor. Desta forma, as características anátomo-fisiológicas da criança, relacionadas com a dor, permitem-nos afirmar que, as crianças mais pequenas são hiperálgicas em relação ao adulto (Batalha, 2010), realidade que fundamenta a importância dos fatores genéticos na perceção, modulação e reações à dor. Assim, as vias de controlo descendente no RN pré-termo não se encontram ainda suficientemente desenvolvidas, resultando em hipersensibilidade dolorosa (Fernandes, 2010). Desta forma, os RN pré-termo são mais vulneráveis ao stresse e procedimentos dolorosos e respondem de forma intensificada a estímulos sucessivos (Bouza, 2009). Crianças mais jovens podem sentir mais dor (relacionada com procedimentos) do que crianças mais velhas mas, no que diz respeito à dor pós-operatória, a influência da idade ainda não está esclarecida (Twycross & Williams, 2013);

- **O desenvolvimento cognitivo** constitui outro fator biológico que determina em grande medida toda a experiência de dor na criança/jovem. Segundo Barros (2003), os processos cognitivos condicionam a compreensão e formação de significações sobre a experiência de dor e do seu desconforto. O nível de desenvolvimento cognitivo das crianças influencia a forma como são capazes de entender a dor, tendo um importante efeito no modo como reagem à dor, sendo importante analisarmos algumas premissas que devem ser tomadas em consideração (de acordo com a teoria dos estágios cognitivos de Jean Piaget). No *estádio pré-operatório*, a criança foca-se nas sensações físicas da dor e, devido ao pensamento mágico, percecionam o desaparecimento da dor de forma mágica; pode perceber a dor como uma punição por um mau comportamento ou pensamento, sendo importante garantir que a dor que está a sentir não é sua culpa; é egocêntrica o que faz colocar a responsabilidade sobre a sua dor nos outros (Twycross & Williams, 2013). As significações sobre a doença e dor apoiam-se numa perceção mais direta e evidente, ou seja, o que se vê, ouve, sente ou cheira (Barros, 2003), sendo importante explicar um procedimento em relação ao que a criança irá ver, ouvir, saborear, cheirar e sentir. Como ainda não desenvolveram o pensamento abstrato, interpretam as palavras literalmente podendo algumas palavras serem mal interpretadas, sendo importante utilizar poucos termos, que sejam simples e conhecidos da criança. A dor ou doença é um processo que vitimiza o sujeito, existindo poucas possibilidades de alterar o sofrimento daí decorrente (Barros,

2003). Neste estágio a criança percebe e responde a situações dolorosas com mais medo do que verificado noutros estádios (McGrath, 1990). No *estádio das operações concretas*, a criança tem um pensamento lógico com a capacidade de fazer operações mentais. Entende os fenómenos ou explicações mais complexos e menos diretamente perceptíveis, compreende uma gradação do nível de dor ou de gravidade da doença (Barros, 2003). Neste estágio já existe uma maior diferenciação entre a realidade e a fantasia, a criança começa a aceitar de forma mais objetiva as causas da doença e a perceber a possibilidade de que os seus atos podem contribuir para diminuir o sofrimento ou facilitar o processo de cura (exemplo: *se não olhar, a injeção não dói tanto*) (Barros, 2003). A criança começa a distinguir o seu estado interno do seu estado externo, bem como a causa da doença e os seus efeitos; a causa é vista como uma pessoa, um objeto ou ação que é externa à criança, sendo um aspeto que é perigoso para o corpo (McGrath, 1990). Ocorre um aumento da consciência do seu corpo e dos seus órgãos internos, o receio da ofensa corporal tem uma forte influência na sua perceção dos eventos dolorosos, está presente também o medo da destruição do corpo e da morte. Pelo que é importante fornecer explicações apropriadas sobre a sua dor e tratamento e garantias sobre os seus medos em relação à aniquilação física (Twycross & Williams, 2013). O pensamento abstrato inicia-se no *estádio das operações formais* este permite uma progressiva capacidade para compreender os processos internos do organismo, bem como entender melhor o papel do organismo e dos processos psicológicos e aderir a metodologias mais sofisticadas de controlo da dor (Barros, 2003). Precisam de oportunidades para discutir os seus medos, bem como informação sobre a sua condição e tratamento (Twycross & Williams, 2013).

- **O temperamento** da criança encontra-se também associado aos fatores biológicos; o comportamento da criança aquando de uma situação dolorosa difere em crianças com diferentes formas de temperamento, fato comprovado por diversos estudos (Twycross & Williams, 2013). De acordo com Batalha (2010), vivenciar a dor de forma positiva reduz a perceção dolorosa e vice-versa; refere que crianças mais ativas, com comportamentos negativos, sem família estável e mal adaptadas, manifestam maiores índices de ansiedade do que de temperamento mais fácil, aumentando a propensão a receber tratamento farmacológico no pós-operatório.

### **Fatores psicológicos:**

- **O medo** detém um grande impacto na perceção da dor. O medo e o *distress* são emoções negativas experienciadas pelas crianças com dor e quanto maior for o nível do medo mais provável é a criança sentir dor e *distress* (Twycross & Williams, 2013). As emoções, como o medo e a ansiedade, podem aumentar a intensidade da dor aguda, sendo importante para o controlo da dor na criança/jovem o reconhecimento e o controlo destes fatores que influenciam a perceção de dor (McGrath, 1990). Assistem-se 3 tipos de resposta ao medo, nomeadamente, fisiológica, sentimentos encobertos, pensamentos e reações comportamentais (Broering, 2010), segundo a OE (2011b), as crianças podem demonstrar diferentes comportamentos face a uma situação de medo, enquanto que umas verbalizam os seus temores, outras alteram o seu comportamento.
- **As experiências prévias de dor** constituem um outro componente relevante para a vivência da dor. Crianças submetidas a procedimentos dolorosos em que o tratamento da dor foi inadequado, posteriormente, apresentavam mais dor, mesmo quando empregues medidas de alívio eficazes (Batalha, 2010). As experiências prévias de dor modificam o padrão de resposta da criança aquando novos episódios de dor, tornando-as mais sensíveis à dor (Twycross & Williams, 2013).

### **Fatores sociais:**

- **A cultura** é um fator determinante da vivência da dor na criança, influenciando o comportamento face a um procedimento doloroso (Finley *et al.*, 2009; Twycross & Williams, 2013; Kristjánsdóttir *et al.*, 2013;). Grande parte dos nossos valores, crenças e atitudes relativos à saúde é adquirida durante a infância no processo de socialização, durante o qual são aprendidos os padrões de comportamento característicos de um grupo (Pimenta & Portnoi, 1999). Como em outros contextos de aprendizagem, a criança aprende qual o significado da dor no seio da sua família e comunidade. Assim, o meio envolvente determinará a compreensão e a reação da criança face a uma experiência dolorosa, pois as respostas e os comportamentos estão relacionados com regras e tradições de uma sociedade (Batalha, 2010).
- Fortemente associado à cultura, encontra-se **a aprendizagem através da família**, ou seja, a reação que a família tem à dor da criança vai ensiná-la sobre o

comportamento adequado perante a dor (Twycross & Williams, 2013). Desta forma, é importante que a família tenha consciência que o seu comportamento em torno da dor do seu filho tem influência positiva ou negativa na dor experienciada pela criança, pois esta aprenderá a comportar-se mediante os comportamentos, atitudes e sentimentos inerentes neste âmbito.

- **O género** também pode influenciar a forma como a criança vivencia um processo doloroso. Segundo Twycross & Williams (2013) a pesquisa sobre as diferenças na perceção da dor e comportamento entre rapazes e raparigas é inconclusiva e contraditória, pois alguns estudos não encontram diferenças na intensidade da dor durante procedimentos (Bournaki, 1997) ou no período pós-operatório (Crandall *et al.*, 2009), enquanto outros estudos não evidenciam tais diferenças tanto na intensidade de dor manifestada, bem como nos mecanismos de *coping* utilizados, referindo que a dor era significativamente mais elevada em raparigas do que em rapazes da mesma idade (Roth-Isigheit *et al.*, 2005); as diferenças encontradas nos mecanismos de *coping* são que as raparigas recorrem mais a apoio social e, por sua vez, os rapazes utilizam mais medidas de distração comportamentais (Lynch *et al.*, 2007). De acordo com Batalha (2010), até aos 8 anos não foram identificadas diferenças entre os sexos quanto à intensidade da dor e sensação de desagrado, no entanto, a partir desta idade verificou-se que as raparigas atribuem níveis mais elevados à sensação dolorosa, podendo estar relacionada com uma maior perceção para os aspetos emocionais da dor. Podemos atribuir a origem desta realidade à influência que os fatores sociais detêm sobre os sexos, nomeadamente na forma como a família incute diferentes padrões de comportamento e atitudes perante os rapazes e as raparigas. Também os fatores hormonais e neurobiológicos são apontados como a causa das mulheres serem mais suscetíveis à dor do que os homens (Fillingim & Ness, 2000; Kuba & Quinones-Jenab, 2005, citados por Twycross & William, 2013).

### 1.3.3. Papel do enfermeiro no controlo da dor em pediatria

Sabe-se que o controlo da dor se fundamenta no reconhecimento dos efeitos prejudiciais na saúde e na qualidade de vida da criança/jovem. Importa compreender porque é que o controlo da dor faz parte das competências do enfermeiro, sendo de

salientar a importância que os cuidados de enfermagem detêm na promoção do bem-estar dos indivíduos. Desta forma, partindo da premissa que a prestação de cuidados de Enfermagem às pessoas com sofrimento, como é o caso particular das pessoas com dor, tem como finalidade a promoção do bem-estar, cabe ao enfermeiro avaliar, diagnosticar, planear e executar as intervenções necessárias, ajuizando os resultados (OE, 2008). Refletir sobre a importância do controlo da dor para a enfermagem remete-nos para os aspetos ético-legais da profissão. O enfermeiro é detentor de um papel crucial na obtenção do bem-estar do doente, que se encontra regulamentado no CDE, nomeadamente, no artigo 78.º “o respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes é um dos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros”; no artigo 81.º “assume o dever de salvaguardar os direitos das crianças, protegendo-as de qualquer forma de abuso” e no artigo 82.º “recusar a participação em qualquer forma de tortura, tratamento cruel, desumano ou degradante”. No REPE salientamos o artigo 8.º, “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos”. A Enfermagem é a profissão que contribui para que o ser humano, ao longo do ciclo vital, mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-o a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível; o exercício da atividade dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social, sendo que o controlo da dor se insere totalmente nestas perspetivas (OE, 2012b). Destacamos também que, “no âmbito das suas competências, nos domínios da *prática profissional, ética e legal e do desenvolvimento profissional*, o enfermeiro toma por foco de atenção a dor, contribuindo para a *satisfação do cliente, bem-estar e autocuidado*” (OE, 2008, p.11). A importância do controlo da dor para a Enfermagem fundamenta-se assim nos princípios da Profissão.

Já vimos que o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde, nomeadamente do enfermeiro, mas é também um direito de todas as crianças. Neste sentido, destacam-se os direitos veiculados pela carta da criança hospitalizada, nomeadamente, no princípio 4.º “...As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo”; bem como no princípio 8.º “A equipa de saúde deve ter a formação adequada para responder às necessidades

psicológicas e emocionais das crianças e famílias” (Instituto de Apoio à Criança, 2008), que estão de acordo com a Convenção dos Direitos da Criança das Nações Unidas, desde 1989. Por conseguinte, este fenómeno deve ser encarado como uma prioridade no âmbito da prestação de cuidados de saúde, sendo central à prática de enfermagem. O enfermeiro EESCJ é um elemento chave no seio da equipa de saúde, devendo a sua intervenção na promoção do bem-estar e controlo da dor ser um dos pilares dos cuidados prestados à criança/jovem e à sua família. Atendendo à sua especificidade o enfermeiro, possui um papel determinante, sendo ele o maior defensor dos doentes, planeando e advogando um conjunto de estratégias que permitam uma prevenção e alívio da dor, com vista ao seu bem-estar e qualidade de vida através de cuidados de excelência<sup>3</sup>.

Refletir sobre o papel do enfermeiro no controlo da dor em pediatria engloba vários aspetos, pois esta temática é deveras abrangente, contudo destacamos que na base do controlo da dor deve-se encontrar a valorização e sensibilização dos enfermeiros para este fenómeno, sendo assumido como um dever profissional. A formação sobre esta temática é essencial para uma correta abordagem, bem como a dinamização das equipas com recurso a elementos chave que apoiem nas dificuldades sentidas durante a avaliação e implementação de medidas de tratamento. O papel do enfermeiro no âmbito do controlo da dor em pediatria é desafiante, pois depara-se com a complexidade do fenómeno doloroso, aliada à especificidade inerente à idade pediátrica. Os fatores que influenciam as experiências dolorosas devem constituir um pilar para a atuação do enfermeiro, sendo primordial a sua identificação, valorização e utilização com intencionalidade terapêutica no planeamento e execução dos cuidados de enfermagem. A importância de conhecer melhor a influência de cada um destes fatores encontra-se

---

<sup>3</sup> Os cuidados de excelência inserem-se nos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros, *alínea c)* a excelência do exercício na profissão, em geral e com outros profissionais – diz respeito à meta de qualidade no cuidado prestado numa perspetiva holística da pessoa (OE, 2005).

Os cuidados de excelência enquadram-se na forma como são prestados os cuidados de enfermagem, ou seja com a máxima competência, procurando a excelência, sendo uma meta a atingir no exercício profissional (Deodato, 2008), de acordo com o CDE, artigo 88.º.

na possibilidade de desenhar melhor as estratégias de intervenção que permita controlá-los (Fernandes, 2007). Partindo do pressuposto que a experiência de dor não controlada modifica a resposta a um novo episódio de dor, é importante que o enfermeiro conheça a história da dor para que possa atuar de forma adequada e individualizada. A história de dor representa um instrumento terapêutico com uma importância vital para uma adequada abordagem na prevenção e tratamento da dor, ajudando o enfermeiro desde a avaliação da dor até à implementação de medidas para o seu tratamento eficaz.

#### 1.3.4. Importância das medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem para a Enfermagem

Atualmente, ainda subsistem dúvidas e medos sobre o uso de alguns medicamentos analgésicos em pediatria, nomeadamente opióides, sendo que a sua utilização poderá ser limitada. Sabemos também que as medidas farmacológicas usadas em exclusivo podem não reduzir adequadamente a dor, devido ser um fenómeno complexo e multidimensional (Mobility *et al.*, 2000, citado por Pölkki, *et al.*, 2003). “É amplamente reconhecido que a abordagem de uma experiência tão complexa quanto a dor não se esgota nos fármacos” (Fernandes, 2007, p. 5). Quando desconfortos como a dor não podem ser evitados as crianças e as famílias podem ser ajudadas a experimentar transcendência<sup>4</sup> parcial ou completa, através de intervenções de conforto que transmitem esperança, sucesso, carinho e apoio para o seu medo. (Kolcaba & Dimarco, 2005). Esta Realidade abre caminho às MNF<sup>5</sup>. Estas medidas não substituem medidas farmacológicas mas estão a par das mesmas tendo uma ação não negligenciável no tratamento da dor ligeira e moderada e são amplamente reconhecidas pelas crianças (Batalha, 2010). A dor associada a procedimentos está intimamente relacionada à ansiedade antecipatória, a qual não pode ser controlada por analgésicos e anestésicos, pelo que é necessária uma abordagem comportamental, de forma isolada ou complementar ao

---

<sup>4</sup> Segundo a Teoria do Conforto de Kolcaba a transcendência é um tipo de conforto definido como um estado no qual o indivíduo tem a capacidade de suplantar o seu desconforto ou sofrimento, quando estes não podem ser evitados ou erradicados (Kolcaba, 1991, 2003).

<sup>5</sup> MNF: aplicação de métodos ou técnicas para a prevenção e/ou tratamento da dor que não envolvem a administração de fármacos (OE, 2008).

uso de analgesia ou anestesia (Barros, 2010). Para a OE (2013), as MNF são um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas, sendo que a sua utilização tem sido considerada importante nas situações potencialmente dolorosas. As intervenções para alcançar o conforto holístico, podem ser utilizadas para atingir simultaneamente várias necessidades de conforto, integrando os 4 contextos do conforto (físico, psicológico, sociocultural e ambiental), como é o caso do uso de MNF, em conjunto com medidas farmacológicas (Wilson & Kolcaba, 2004).

O medo e a ansiedade presentes aquando da hospitalização e procedimentos dolorosos potenciam a dor, pelo que o uso de MNF na preparação da criança/jovem para qualquer procedimento é indispensável, pois qualquer experiência potencialmente traumática para a criança, que não seja previamente preparada, torna-se aterradora, causando níveis elevados de ansiedade e medo para a criança e para a família (Hockenberry & Wilson, 2011). Kolcaba & Dimarco (2005) concordam que a prevenção de desconfortos, incluindo os relacionados com os stressores físicos ou psicológicos é mais fácil do que tratar os desconfortos. Estudos indicam que o controlo da dor em crianças submetidas a procedimentos dolorosos torna-se mais eficaz quando se utilizam medidas farmacológicas em conjunto com medidas não farmacológicas, sendo a aplicação de MNF essenciais na preparação para procedimentos dolorosos (Pölkki, 2001; Fanurik, Koh & Schitz, 2000; Wang, Sun & Chen, 2008; Russel & Smart, 2007). O uso de MNF foi comprovado por diversos estudos. Uma revisão sistemática da literatura, indica-nos que intervenções cognitivo-comportamentais podem ser utilizadas com crianças e adolescentes para controlar com sucesso ou reduzir a dor e o *distress*<sup>6</sup> associados aos procedimentos dolorosos (Uman *et al.*, 2006). Vários estudos concluíram a eficácia no controlo da dor, associada a procedimentos de MNF como as intervenções cognitivo-comportamentais (MacLaren & Cohen, 2007; Uman *et al.*, 2008). A decisão das estratégias a usar deve ter em consideração a evidência empírica da eficácia, mas também o tipo de procedimento, a idade e maturidade da criança, a existência ou não de experiências sensibilizadoras anteriores, de modo a selecionar as estratégias

---

<sup>6</sup> Termo inglês que designa uma experiência emocional desagradável de origem psicológica, social e espiritual, influenciando a capacidade da criança fazer face a algo com eficácia (Batalha, 2010).



mais adequadas a cada situação (Barros 2010). O enfermeiro dispõe assim de um conjunto de medidas que poderá utilizar de forma autónoma, tendo em consideração vários aspetos que influenciam a experiência dolorosa. A utilização das MNF deve ser feita em complementaridade e não em substituição da terapêutica farmacológica e estas devem ser escolhidas de acordo com as preferências do doente, os objetivos do tratamento e a evidência científica disponível (OE, 2008).

As MNF são geralmente intervenções de carácter psicológico, eficazes em procedimentos dolorosos (dor ligeira) ou como complemento de analgésicos, pois aumentam o sentimento de controlo da dor e promovem uma maior autonomia da criança e da família (OE, 2013). Estas medidas podem ser classificadas como **comportamentais; cognitivas; cognitivo-comportamentais; físicas ou periféricas; suporte emocional e ambientais** (OE, 2013). No que diz respeito ao presente relatório, apenas algumas destas medidas serão exploradas devido à sua aplicabilidade e necessidade de serem mais aprofundadas em contexto de cuidados intensivos pediátricos de cirurgia cardiotorácica.

#### **Intervenções comportamentais:**

- **Relaxamento/Exercícios respiratórios** – o relaxamento diminui o metabolismo, o consumo de energia e oxigénio, baixa a frequência cardíaca e respiratória, a hipertensão arterial e produz uma sensação de calma, tranquilidade e bem-estar, sendo por isso extremamente útil na redução da ansiedade e dor (Batalha, 2010). Esta medida prepara a criança para uma situação stressante ou desagradável, ajudando-a a controlar a ansiedade associada ao procedimento e, apesar de ser útil em todas as idades, é na adolescência que assume especial importância (OE, 2013). Os métodos de relaxamento podem ser classificados em três principais categorias: ativo, passivo e meditativo.
- **Método ativo (método de Jacobson)** - consiste no relaxamento progressivo de grupos musculares. Pode ser utilizado em crianças a partir dos 6/7 anos com o intuito de conduzir a criança a sentir progressivamente a tensão e depois o relaxamento e a detetar tensões cada vez menores (Masson, 1986);

- Método passivo - consiste na procura de sensações corporais como o calor e peso, associados ao relaxamento. Este tipo de relaxamento aplica-se geralmente a partir da adolescência;
- Método meditativo - consiste no uso de métodos de concentração passiva sobre uma imagem, frase ou objeto (a imaginação guiada enquadra-se neste tipo de relaxamento). A criança pode direcionar a imaginação para o alívio da dor, através da visualização de imagens que incluam e modifiquem essa percepção. Isto é, uma criança que tomou um analgésico, pode imaginá-lo a percorrer o seu organismo e a combater a dor, aliviando-a em seguida (Payne, 2003).

Os exercícios respiratórios são também uma medida bastante eficaz para atingir o relaxamento, por vezes utilizados em procedimentos simples em conjunto com outras MNF. Consideramos apenas abordar alguns dos exercícios, que se adequam no âmbito do presente relatório:

- Respiração abdominal ou diafragmática - consiste na utilização dos músculos abdominais e intercostais internos, com a finalidade de proporcionar relaxamento. Nas crianças mais pequenas podem-se utilizar cornetas/apitos ou bolas de sabão e promove também a distração (Batalha, 2010). Os exercícios de respiração diafragmática são de fácil compreensão e colocados em prática num curto espaço de tempo, a partir dos dois anos (OE, 2013).
- Respiração lenta - esta respiração ajuda na diminuição da tensão muscular e do ritmo respiratório. Podemos ajudar a criança a imaginar que está a respirar como se fosse um balão a ser insuflado uniformemente (OE, 2011b).

### **Intervenções cognitivas:**

- **Fornecimento de informação preparatória** – todas as crianças têm direito à informação, por sua vez, os profissionais de saúde têm o dever de informar as crianças/jovens e as suas famílias sobre os procedimentos que estes vão experienciar. Em contexto cirúrgico, uma preparação dirigida às necessidades identificadas de cada criança e família pode transformar a situação de crise da cirurgia num potencial de crescimento (OE, 2011b). A informação permite à criança desenvolver expectativas realistas acerca do que poderá acontecer, reduzindo assim

a sua ansiedade ou medo, e aumentando seu sentimento de controlo, o que facilita o uso dos mecanismos de *coping*<sup>7</sup> (Batalha, 2010). É importante que a criança receba a informação de forma simples e exata sobre o que irá ser feito, a explicação deve ser progressiva e repetida, as vezes que forem necessárias, o discurso deve ser adequado ao desenvolvimento cognitivo, focando os conceitos de saúde, doença e dor, sendo importante não mentir à criança sobre o que irá sentir (OE, 2013). A preparação da criança antes de um procedimento inclui o fornecimento de informação sensorial e do procedimento de forma apropriada à idade oferecendo o treino das estratégias de *coping* (Cohen, 2008). A informação preparatória que combina estes dois tipos de informação é mais eficaz no alívio da ansiedade (Batalha, 2010). A informação deve ser adequada à idade da criança, coincidindo com o momento em que é realizado o procedimento, tendo em consideração que crianças com idade inferior a 6 anos não retêm informação por mais de 1 hora (Batalha, 2010; OE, 2013). Para a criança mais pequena e imatura a explicação da doença ou dos tratamentos deve ser simples e breve, centrada nos fenómenos e sensações mais importantes (de forma a evitar a surpresa) (Barros, 2003). No estágio das operações concretas a criança deve receber uma informação mais pormenorizada e realista, neste estágio há uma maior diferenciação entre o real e o imaginário e a criança começa a aceitar uma perspetiva mais objetiva sobre as causas da doença e a perceber a possibilidade de que os seus atos possam contribuir para a diminuição do sofrimento (Barros, 2003). No que diz respeito ao adolescente que tem um pensamento formal e a sua capacidade para compreender os processos internos do organismo está a ser desenvolvida progressivamente a preparação pode ser mais elaborada. Deve-se explicar os procedimentos e as razões pelas quais os procedimentos são necessários ou benéficos, sendo importante também explicar as consequências dos procedimentos a longo prazo ou que afetem a sua aparência (OE, 2011b).

- **Reforço positivo ou contrato comportamental** – esta é uma medida de controlo do medo, onde existe um compromisso de ambas as partes. Define-se com a

---

<sup>7</sup> Termo que significa “ajustamento que consiste em esforços cognitivos e comportamentais destinados a gerir (reduzir, minimizar, controlar ou tolerar) as exigências internas e externas de interação entre o indivíduo e o ambiente, que ameaçam ou ultrapassam os recursos da pessoa” (OE, 2008, p.25).

criança um comportamento de colaboração ativa e de controlo moderado, estabelecendo as regalias a que tem direito (OE, 2011b). No final do procedimento deve-se utilizar um elogio verbal sobre o comportamento ou pequenos prémios (ex.: diplomas de “bom comportamento”, medalhas) (DGS, 2012a). Esta medida consiste em transformar o significado da dor a partir de um acontecimento doloroso, transformando-o num desafio; os elogios/reforços positivos ou prémios/recompensas ocorrem após o ato doloroso, quando manifestou e reconheceu a utilização de estratégias positivas no alívio da dor (Batalha, 2010).

### **Intervenções cognitivo-comportamentais:**

- **Distração** – é uma das MNF mais utilizada em pediatria para controlo da dor. É um método simples que direciona a atenção do procedimento para outras coisas mais agradáveis, exteriores ao estímulo doloroso através de várias estratégias, nomeadamente, leitura, música, imaginação guiada, realidade virtual, jogos interativos, entre outros (Batalha, 2010; Koller & Goldman, 2011; Twycross & Stinson, 2013; OE, 2013). Uman *et al.* (2008) evidencia através de uma revisão sistemática da literatura a eficácia de alguns métodos de distração no controlo da dor e *distress* relacionada com agulhas em crianças. Segundo Barros (2005), a utilização da distração fundamenta-se no fato da perceção da dor ter uma componente psicológica importante, na medida em que a quantidade de atenção dirigida para o estímulo doloroso modula a perceção da dor. A distração e o brincar sendo necessidades inerentes à própria criança, podem ser o instrumento mais efetivo, utilizado pelos enfermeiros, para reduzir o medo/ansiedade induzidos pela experiência hospitalar ou cirúrgica (Santos, 2001). A distração é um método bastante utilizado e eficaz para controlo da dor, contudo, é fundamental envolver a criança e os pais na atividade, ter em consideração o desenvolvimento cognitivo, preferências e os mecanismos de *coping* da criança, de forma a conseguirmos adequar a cada criança e família a medida de distração promovendo a sua eficácia em cada situação. Segundo Twycross & Stinson (2013), a eficácia da distração como uma MNF é determinada pelo método que é utilizado, sendo que os métodos de distração ativos parecem ser mais eficazes do que os passivos. Sendo também importante que a distração da criança se inicie ainda antes do procedimento

doloroso, de forma a poder existir um maior envolvimento e distração, possibilitando a redução da ansiedade e medo durante e após o procedimento (Blount *et al.*, 2009).

Métodos de distração de acordo com as várias idades:

- RN: ouvir música (Batalha, 2010); linguagem teatral, ou brinquedo que produza som ou algo brilhante e com movimento (OE, 2013);
- Pré-escolares: Bolas de sabão, pequenos jogos, olhar através de um caleidoscópio; cantar em conjunto, brincar com fantoches de dedo (Twycross & Stinson, 2013);
- Escolares: jogos de puzzles; ver televisão ou vídeo; jogos de computador interativos; controlo da respiração; ouvir música ou histórias através de auscultadores; cantar em conjunto (Twycross & Stinson, 2013);
- Adolescentes: ouvir música ou histórias através de auscultadores; ver televisão ou vídeo; jogos de computador interativos; ouvir a sua música preferida; jogar o seu jogo de computador preferido (Twycross & Stinson, 2013); conversar sobre acontecimentos passados, presentes ou futuros (OE, 2013).
- **Imaginação guiada** – esta é uma medida utilizada para incentivar a criança a lidar com a dor e o sofrimento do procedimento através da imaginação de pensamentos agradáveis de um objeto ou experiência (Uman *et al.*, 2008). Desta forma através da distração específica, com recurso a imagens mentais positivas pode-se fazer baixar os níveis de tensão muscular (Hockenberry & Wilson, 2011). A criança/jovem é instruída a focar a sua atenção numa situação real ou imaginária muito agradável, sendo-lhe solicitado que descreva detalhes de um acontecimento, incluindo vários sentidos (OE, 2011b), entre os quais visuais, auditivas, olfativas e gustativas (DGS, 2012a). Pode ser usada com sucesso no alívio da ansiedade em crianças a partir dos quatro anos de idade, contudo, é uma técnica que requer envolvimento ativo da criança e muito tempo para a explicação do método para que este seja eficaz, comprometendo a sua aplicação com sucesso (Batalha, 2010). Esta medida poderá ser utilizada em procedimentos simples em que não se prevê muita dor, nos quais o medo e a ansiedade poderão potenciar uma experiência negativa.

### **Intervenções de suporte emocional:**

- **Presença dos pais** – tendo em consideração que o stresse pode aumentar a perceção de dor e que a separação dos pais é geradora de stresse na criança, é

fundamental manter os pais juntos dos seus filhos aquando de procedimentos dolorosos, trabalhando em parceria com a família. A OE (2013) reforça que a presença dos pais é um elemento importante na planificação de intervenções individualizadas, com importância ímpar no controlo da dor. Promover a presença dos pais e reforçar a sua importância enquanto parceiros no cuidar é promover o conforto psicológico e social (Kolcaba & Dimarco, 2005). Todavia, é imprescindível que o papel dos pais aquando de procedimentos dolorosos seja um assunto refletido e negociado entre os profissionais de saúde e os pais, de forma a potenciarmos os seus benefícios. O enfermeiro EESCJ é responsável por caracterizar o nível de participação dos pais, mediante um processo de negociação, liderança e decisão, que incorpora a sua participação nos cuidados de menor à maior complexidade à criança/jovem (OE, 2011b). Por conseguinte, os pais podem ajudar distraindo os filhos mas necessitam de orientação dos profissionais de saúde sobre a melhor forma de ajudar o seu filho (Twycross & Stinson, 2013). No que diz respeito a procedimentos dolorosos, a maioria dos pais prefere estar presente e os seus filhos desejam a sua presença (Piira *et al.*, 2005; Batalha, 2010). Para além dos benefícios na redução do stresse da criança, uma correta escolha e utilização da medida de distração (aumentando a sua eficácia) também beneficia os pais. Contudo, consideramos que este assunto é controverso, pois alguns profissionais de saúde apresentam ainda resistência à presença dos pais em determinados procedimentos invasivos e dolorosos, duvidando dos seus benefícios. A razão pela qual a presença dos pais não é consensual prende-se pelo fato da eficácia desta medida depender de vários fatores, entre os quais, uma correta abordagem por parte dos profissionais de saúde sobre o papel dos pais e a ansiedade dos pais, cuja presença, em situações de grande ansiedade parental pode ser prejudicial. É fundamental que o enfermeiro tenha a capacidade de atuar de forma assertiva e individualizada, promovendo a tomada de decisão dos pais face ao seu envolvimento nos cuidados, esclarecendo em pormenor qual o seu papel durante o procedimento, nomeadamente, onde se posicionar e que MNF utilizar, de acordo com as preferências da criança. Segundo a OE (2013), os pais podem otimizar a sua presença junto do seu filho se forem ensinados e instruídos acerca dos comportamentos verbais e não-verbais aquando de um procedimento doloroso. Batalha (2010) salienta que o primeiro passo é negociar a presença dos pais e, se

for esse o desejo de todos, ensiná-los a terem uma presença de qualidade (tocar, falar, não reprimir o choro, não mentir e ajudar a lidar com os procedimentos dolorosos através da distração e animando a criança); é também importante que os pais não sejam envolvidos na imobilização dos filhos pois a criança poderá ficar confusa sobre o papel dos seus pais. É assim essencial permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar, tendo em conta o papel parental desejado no momento (OE, 2013). Podemos dizer, então, que os pais assumem um papel central na prevenção e alívio da dor, principalmente na dor ligeira e na preparação para procedimentos. Contudo é indispensável o conhecimento da forma como cada família se encontra a vivenciar o processo de doença do seu filho, nomeadamente os seus medos e formas de gerir a sua participação nos cuidados em cada situação específica. Envolver os pais na avaliação e tratamento da dor, sim, mas de forma assertiva e construtiva e em parceria com os profissionais de saúde. As ações eficazmente direcionadas para ajudar os pais a controlarem a sua emocionalidade excessiva e a acompanharem de forma eficaz o seu filho hospitalizado, resultam em crianças mais calmas, mais colaborantes e que sofrerão menos sequelas comportamentais e de desenvolvimento (Barros, 2003).

- **Substâncias açucaradas** – atualmente é reconhecido o efeito analgésico de algumas substâncias açucaradas, nomeadamente, a sacarose a 24%, a glicose a partir de 12,5% e leite materno. O uso de substâncias açucaradas está assim indicado em lactentes com menos de 3 meses, em procedimentos *minor* como punções cutâneas, injeções, punções lombares, pensos, manipulações e imobilizações, exames de diagnóstico, entre outros (Batalha, 2010). Uma orientação técnica recentemente emitida pela DGS (2012b) recomenda, em recém-nascidos, o uso da sacarose/leite materno (em conjunto com outras MNF e na maioria dos procedimentos com medidas farmacológicas) em diversos procedimentos, nomeadamente, colocação de sonda nasogástrica, colocação de cateter umbilical, aspiração traqueal em recém-nascidos ventilados, punção venosa periférica, remoção de dreno torácico, punção suprapúbica, punção lombar, entre outros. Por conseguinte, podemos inferir que o uso destas substâncias poderá ser uma excelente ajuda no controlo da dor, principalmente nos recém-nascidos.

- **Sacarose:** o efeito da sacarose na redução da dor ligeira/moderada está bem documentado, este é mediado pela estimulação orotátil e deglutição, estimulando

a produção de opióides endógenos (Chermont *et al.*, 2009). As soluções de sabor doce parecem desencadear a libertação de beta-endorfina no cérebro a qual desempenham um importante papel na nociceção (Bach, 1997). Através de uma revisão sistemática da literatura Stevens *et al.* (2013) demonstra a eficácia e a segurança da sacarose na redução da dor causada pela picada do calcanhar. Apesar do efeito analgésico estar bem documentado, existem algumas dúvidas quanto à quantidade a administrar e em que idades o seu efeito é real. Neste sentido, recomenda-se administrar 2 ml de solução oral por seringa sobre a porção anterior da língua, 2 minutos antes do procedimento; em procedimentos superiores a 60 segundos, a dose pode ser fracionada em intervalos de 30 a 60 segundos (DGS, 2012b). Não se conhece exatamente até que idade a administração oral da sacarose produz efeitos analgésicos, embora se saiba que é eficaz até aos 3 meses, a eficácia diminui a partir do 1.º mês de idade (Batalha, 2010). Encontramos também normas de atuação hospitalares que recomendam a sua administração até aos 3 anos (Centro Hospitalar de Lisboa, 2010c). Apesar do menor efeito, quando comparado nos estudos em RN, o efeito analgésico da sacarose foi também comprovado em crianças durante imunizações (Hatfield, 2008) e crianças submetidas a circuncisão em conjunto com analgesia/anestesia (Razmus *et al.*, 2004). No que diz respeito a efeitos secundários, existe o risco de hiperglicémia (Batalha, 2010), sendo importante a sua administração segundo os protocolos institucionais, garantindo mais segurança neste âmbito. Sabe-se também que o uso da sacarose e contacto pele a pele 2 minutos antes de um procedimento moderadamente doloroso é mais eficaz na redução da dor do que o uso destas estratégias em separado (Fernandes, 2010).

- **Leite Materno/Aleitamento Materno:** o aleitamento materno reduz eficazmente a resposta à dor durante procedimentos como punção do calcanhar ou punção periférica em recém-nascidos (Carbajal *et al.*, 2003). A ação das substâncias açucaradas, quando aplicadas na parte anterior da língua, é potenciada pela sucção não nutritiva ou uso de outras ações não farmacológicas e têm uma ação sinérgica (Batalha, 2010). Desta forma, ao aliarmos o aleitamento materno ao contacto pele a pele, potencia-se o efeito analgésico (Shah *et al.*, 2009; Chermont, *et al.*, 2009). O aleitamento materno tem um efeito idêntico ao efeito da sacarose/glucose em procedimentos



ligeiramente/moderadamente dolorosos (punção calcanhar/punção venosa periférica), sendo mais eficaz do que a contenção com lençol ou uso de uma chupeta (Shah *et al.*, 2009). Contudo, o efeito do leite materno (quando utilizado sozinho) é controverso, pois há estudos que indicam que o leite materno parece não ter o mesmo efeito analgésico idêntico ao efeito da sacarose (Bueno *et al.*, 2012; Shah *et al.*, 2009), devido ao efeito analgésico encontrar-se no aleitamento materno, iniciado antes, durante e depois do procedimento doloroso (Shah *et al.*, 2009). Em contrapartida, outros estudos não evidenciam diferenças entre o efeito analgésico do leite materno e o efeito analgésico da sacarose (Simonse *et al.*, 2012).

Todas as MNF de controlo da dor supra referidas visam a redução ou eliminação dos eventos que produzem stresse a nível psicológico e/ou físico que a criança/jovem e família experienciam durante a situação de doença e/ou hospitalização. O enfermeiro ocupa um papel preponderante na aplicação das MNF, com autonomia para a tomada de decisão face à situação única que cada criança/jovem e família se encontram a vivenciar. Perante uma panóplia de MNF que poderão ser aplicadas, é importante que o enfermeiro escolha qual ou quais se adequam a cada criança/jovem e situação específica, pois essa escolha vai determinar a sua eficácia. O uso destas MNF pode ser individual, contudo, geralmente estas têm mais eficácia se utilizadas em conjunto e respeitando a individualidade de cada criança/jovem e família. A OE (2013) reforça a importância de uma abordagem individualizada, com a integração dos pais no processo de decisão, de forma a se desenvolver e implementar um esquema de intervenção de acordo com as especificidades dos vários grupos etários.

## 2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

Neste capítulo, iremos focar o percurso efetuado ao longo dos vários locais de estágio, que foram planeados tendo em consideração o desenvolvimento de atividades que nos permitiram alcançar objetivos, adquirir e desenvolver competências inerentes ao enfermeiro EESCJ enunciadas pela OE.

Atendendo que o enfermeiro especialista deve ser detentor de um conjunto de competências que lhe permitam cuidar de forma especializada (OE, 2011b), sendo-lhe reconhecida competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade (OE, 2012b), foi importante identificar o nosso nível de competência, bem como necessidades de aprendizagem. Neste sentido, partimos da reflexão do nosso percurso pessoal e profissional ao longo dos anos de profissão *versus* as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro EESCJ enunciadas pela OE, de forma a analisar as nossas necessidades de aquisição e desenvolvimento de competências.

Com o intuito de nortear o percurso formativo, foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Desenvolver competências, para a prestação de cuidados de enfermagem, gerais e específicas de enfermeiro especialista às crianças/jovens e famílias, aos 3 níveis de prevenção;
- Desenvolver competências de enfermeiro especialista para prestar cuidados especializados às crianças/jovens e famílias, submetidas a procedimentos dolorosos, com recurso a medidas não farmacológicas no controlo da dor;
- Promover a utilização de MNF no controlo da dor, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica de Cirurgia Cardiorádica.

No sentido da melhor compreensão do nosso percurso formativo, este será apresentado sob a forma de subcapítulos e agrupado por locais de estágio. Serão enunciados os objetivos específicos e analisadas as atividades que nos permitiram alcançar competências. Serão analisadas as atividades que se revelaram mais importantes para a apropriação e desenvolvimento de competências. No apêndice 1 encontra-se o cronograma de estágios e no apêndice 2, sob forma de tabela

apresentam-se os objetivos definidos, atividades realizadas, recursos utilizados e critérios de avaliação para cada local de estágio.

A nossa reflexão sobre o percurso formativo inicia-se com atividades transversais a todos os locais de estágio:

- **Realização de pesquisa bibliográfica relacionada com cada área específica de cuidados** - a complexidade das situações clínicas faz apelo a profissionais de enfermagem capazes de usar de forma conscienciosa e prudente a melhor evidência na tomada de decisão (Botelho, 2010). Atendendo que a evidência científica deve encontrar-se na base do processo de tomada de decisão, consideramos importante para a concretização de todos os objetivos ter uma base sólida na melhor evidência disponível, tendo em consideração os níveis de evidência, de forma a podermos fundamentar a nossa aprendizagem e prática de cuidados. A importância desta atividade encontra-se estreitamente ligada à PBE, conceito que tem vindo a ganhar espaço na Enfermagem. A PBE é essencial para um cuidado de qualidade. Esta pode definir-se pela integração da melhor evidência pela investigação, da perícia clínica e dos valores da pessoa doente (Sackett *et al.*, 2000). É um método de resolução de problemas no âmbito da decisão clínica que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências do doente no contexto do cuidar (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Assim, é claro que, se os enfermeiros utilizarem na sua prática uma abordagem baseada na evidência, são capazes de colocar questões pertinentes sobre como e quando devem mudar a sua prática, demonstrando que utilizam boa informação para basear as suas decisões e avaliam a sua prática (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2012). Podemos assim considerar que a PBE é um instrumento para a tomada de decisão que o enfermeiro especialista tem ao seu dispor para melhorar os seus cuidados. No processo de tomada de decisão em enfermagem está implícita uma abordagem sistémica e sistemática (OE, 2012b), na qual a PBE constitui um instrumento valioso para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros. A utilização desta prática encontra-se associada à prática reflexiva e, neste sentido, consideramos que o enfermeiro especialista deve ser um profissional que, para a sua tomada de decisão, deve ter sentido crítico, tendo por base a melhor evidência que possa responder à complexidade das situações clínicas. À reflexão sobre o agir encontra-se associada

a aprendizagem construtivista, ou seja, a partir da reflexão sobre o vivido que fomenta-se a aprendizagem, autorresponsabilizando-se pelo processo, simultaneamente a reflexão e sobre os cuidados prestados e a avaliação dos resultados contribui para melhorar o desempenho e assim conseguir a qualidade pretendida para os mesmos (Deodato, 2008). Refletir sobre a prática de cuidados permite assim organizar o pensamento de forma a dar resposta às verdadeiras necessidades dos doentes, bem como avaliar os resultados dos cuidados. Se esta reflexão for realizada à luz da evidência científica, conseguimos demonstrar uma prática de enfermagem de qualidade, individualizada e holística, sendo imperiosa a consciencialização da importância do uso da evidência científica em prol de melhores cuidados de enfermagem.

- **Elaboração de jornais de aprendizagem e promoção de momentos de reflexão com enfermeiros especialistas** - enquadram-se numa filosofia de prática reflexiva, que nos permitiu desenvolver o pensamento crítico no que diz respeito à nossa prática de cuidados. A prática reflexiva tem vindo a constituir-se como um importante meio de capacitação dos estudantes e profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas (Santos & Fernandes, 2004). Gostaríamos de realçar a importância do estágio na consulta externa de pediatria, porque tivemos oportunidade de trabalhar com uma equipa de enfermagem motivada, aberta à reflexão, com vários elementos especialistas, permitindo vários momentos de reflexão construtivos para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. Consideramos que a aprendizagem depende, assim, da existência de um conjunto de condições intrínsecas e extrínsecas que, bem trabalhadas, motivam os indivíduos para a aquisição de novos conhecimentos que geram novas competências. Refletir sobre a prática de cuidados promove o desenvolvimento de uma prática de qualidade, individualizada e adaptada a cada doente e sua família. Os Jornais de aprendizagem elaborados a partir de situações vivenciadas que mereceram uma maior reflexão encontram-se no apêndice 3.

## 2.1. Consulta externa de pediatria

**Objetivo:** Desenvolver competências de comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** O enfermeiro EESCJ presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem (OE, 2010). Neste âmbito, a comunicação surge como um importante instrumento de trabalho. “O exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades)” (OE, 2012a, p.10. A essência do cuidado de enfermagem é a ação interpessoal enfermeira/utente, com o objetivo de produzir nesta um resultado terapêutico (Hesbeen, 2000). No que concerne às relações que se estabelecem entre os indivíduos é primordial atender à qualidade da comunicação, pois esta determinará em grande medida todo o processo relacional. Segundo Phaneuf (2005), a comunicação constitui uma dimensão essencial da qualidade dos cuidados, sendo uma ferramenta de base para a relação de ajuda, fundamental para os cuidados de enfermagem. Neste sentido, a comunicação assume um papel central na relação enfermeiro/criança/jovem, pois é através da comunicação verbal e não-verbal que o enfermeiro alicerça todo o seu cuidado, constituindo-se como um instrumento essencial que dificulta ou facilita os cuidados de enfermagem. Aquando deste estágio, *a interação com crianças/jovens de várias idades, de forma a treinar as técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem atendendo ao seu estágio de desenvolvimento e respeitando a sua cultura*, permitiu refletir sobre a intencionalidade terapêutica da comunicação com cada uma das crianças/jovens e suas famílias. O desenvolvimento normal da linguagem e do pensamento fornece um quadro de referência para a comunicação com crianças (Hockenberry & Wilson, 2011). Sabe-se que o estágio de desenvolvimento influencia a compreensão do processo de saúde-doença, determinando as respostas da criança/jovem às diversas situações a que se encontra exposta. Por conseguinte, é fundamental que o enfermeiro adeque a sua comunicação ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem, nomeadamente, à sua linguagem e pensamento. É de salientar que na comunicação com crianças, os comportamentos não-verbais do processo de

comunicação transmitem as mensagens mais significativas, sendo difícil mascarar sentimentos, atitudes e ansiedade ao se relacionar com crianças (Hockenberry & Wilson, 2011), pelo que, é importante valorizar a comunicação não-verbal da mesma forma como a comunicação verbal. O facto da consulta externa abranger todas as faixas etárias foi um desafio pois houve a necessidade constante de adequarmos a comunicação verbal e não-verbal em cada interação, permitindo deste modo melhorar a qualidade da comunicação.

No que concerne em atender à cultura aquando da comunicação, salientamos que a criança/jovem deve ser compreendida no seio de uma família e comunidade onde a sua cultura tem uma influência major no que respeita os seus comportamentos. A cultura, enquanto processo transmitido e aprendido, influencia grandemente a forma como as pessoas tendem em manter-se bem ou têm comportamentos de doença (Leininger, 2002). Durante uma situação de doença, as significações sobre a dor, tratamento e profissionais de saúde está intimamente relacionada com a sua cultura e, neste sentido, é fundamental que os enfermeiros sejam culturalmente competentes de forma a garantir cuidados de qualidade. É de referir que os pais e familiares da criança são a fonte mais relevante para a transferência das tradições de uma geração para outra (Degazon, 1999), sendo primordial integrar as características únicas de cada família, no seio de uma sociedade que influencia e se deixa influenciar pelos costumes culturais e religiosos. A pertinência relativamente à formação dos profissionais de saúde nos aspetos relacionados com a multiculturalidade é atual e está na base de cuidados de enfermagem de qualidade, pois apenas a prestação de cuidados culturalmente competentes atende à globalidade do cuidar em enfermagem. No presente estágio tivemos a oportunidade de prestar cuidados a crianças/jovens de diferentes culturas, o que permitiu refletir sobre a nossa competência cultural e melhorar vários aspetos de forma a respeitar cada família e manter cuidados de enfermagem de qualidade. Ser culturalmente competente constitui um desafio contínuo e complexo a que o enfermeiro especialista deve dar resposta na sua prática diária de cuidados especializados. Incluir contexto sociocultural é essencial para um cuidar de qualidade que garanta o bem-estar dos doentes. Para Kolcaba (2003), intervir nas necessidades de conforto sociocultural é um dos pilares do enfermeiro na promoção de conforto holístico dos doentes.

**Objetivo:** Identificar as escalas de avaliação da intensidade da dor mais adequadas a cada estágio de desenvolvimento e situação da criança/jovem.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** Identificar a dor é um cuidado fundamental para o bem-estar do doente, contudo, não basta apenas a sua identificação para o seu controlo. Quando a dor não é identificada não poderá ser tratada e a sua não quantificação impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou da eficácia dos tratamentos. Saber quantificar a dor é considerado o primeiro passo para o seu correto tratamento (Batalha, 2010). A avaliação da dor é atualmente uma prática comum para os enfermeiros, e desde que, a dor foi constituída como 5.º Sinal Vital, em 2003 pela DGS, que a sua avaliação tem sido alvo de atenção e tem sofrido alterações. A abordagem subjetiva, onde apenas se identificava a presença/ausência de dor, bem como uma quantificação subjetiva, tem vindo a ser substituída por avaliações objetivas com base em escalas validadas e com fiabilidade reconhecida mundialmente. O registo sistemático da intensidade da dor é, atualmente uma realidade, porém, continua a ser um desafio pois assiste-se ainda a uma subavaliação da dor e a avaliações com escalas desadequadas, sobretudo em pediatria (Batalha, 2010).

A avaliação da dor é fundamental para o controlo da dor (OE, 2008), sendo considerada um desafio, principalmente em grupos vulneráveis, como é o caso das crianças. Em pediatria a avaliação da dor encontra barreiras acrescidas, sobretudo devido às suas características específicas associadas ao desenvolvimento cognitivo, psicomotor e afetivo (Batalha, 2010; OE, 2013). O facto da criança ter dificuldade em expressar a sua dor (principalmente em crianças pré-verbais), a grande variabilidade de comportamentos que podem ser verificados na presença de dor e a dificuldade em distinguir a ansiedade da dor constituem uma barreira para a correta avaliação da sua intensidade, com consequência diretas no seu tratamento. Apesar de existirem instrumentos para as várias idades pediátricas e situações clínicas, não existe uma solução universalmente aceite (DGS, 2010), o que abre precedentes à atuação do enfermeiro, promovendo o controlo da dor desadequado, comprovado através de estudos que indicam a subavaliação e o subtratamento. Uma vez que a avaliação da dor pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação (DGS, 2003), considerámos fundamental o treino da aplicação das escalas de avaliação da dor em conjunto com enfermeiros especialistas. No presente estágio foi bastante

interessante ver como são aplicadas, especialmente as escalas de autoavaliação (faces e numérica), respeitando à singularidade de cada criança. Uma correta avaliação da dor é o ponto de partida para a intervenção do enfermeiro e avaliação da eficácia das suas ações. Para tal, é imprescindível que o enfermeiro conheça as escalas e que as aplique corretamente, o que pressupõe treino. A correta avaliação da intensidade da dor vai permitir, para além do tratamento adequado no momento específico da avaliação, o planeamento dos cuidados para os próximos procedimentos, uma vez que também se avaliam a eficácia dos cuidados de enfermagem face à dor que a criança/jovem experienciou. O registo sistemático da intensidade da dor, durante os tratamentos em consulta externa permite também a continuidade de cuidados, promovendo a qualidade dos mesmos. A Informação escrita visa a continuação de cuidados através do conhecimento do padrão de resposta de cada criança/jovem promovendo também a prevenção de complicações e efeitos negativos da dor decorrentes dos procedimentos realizados pelo enfermeiro, através do tratamento adequado.

**Objetivo:** Aprofundar conhecimentos sobre a colheita da história de dor.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** A história da dor constitui um instrumento fundamental para o controlo da dor. Em pediatria, a história da dor assume uma importância major, pois sem esta, os cuidados seriam uniformizados, tendo em consideração a faixa etária e o procedimento. A história de dor permite a escolha das estratégias terapêuticas mais adequadas, determinando assim a sua eficácia no controlo da dor (Batalha, 2010). O envolvimento ativo da criança e seus pais como verdadeiros elementos da equipa de saúde, em que os enfermeiros colham dados sobre a história de dor, acreditem na criança e lhe deem voz, são indicadores de qualidade na prática de enfermagem (Batalha, 2013). Sabemos que cada criança/jovem é única, e por esse motivo, não nos podemos esquecer de todos os aspetos que influenciam a vivência da dor. Assim sendo, é fundamental conhecer como a criança/jovem experiencia a dor. Ao longo do estágio na consulta externa, pude verificar a importância deste instrumento para a adequação dos cuidados. Sem a história de dor alguns procedimentos tornam-se inadequados, e se advogamos uma enfermagem de qualidade atendendo à unicidade de cada criança/família torna-se imprescindível colher a história de dor. Contudo, esta colheita não é, de todo, um



processo fácil, sendo necessário algum tempo, escolher quais os aspetos mais importantes e ir prossequindo a conversa de forma natural, sem que pareça um interrogatório. Sentimos que numa sala de tratamentos em que os pais chegam assustados, bem como as crianças/jovens, um conjunto de perguntas (referentes à história de dor) por vezes ficam para segundo plano devido ao excesso de trabalho ou à in experiência do enfermeiro. Um enfermeiro bastante treinado consegue colher os aspetos essenciais que necessita para a realização de um procedimento doloroso de forma a minimizar os efeitos da dor que poderá causar. Boas práticas na avaliação e controlo da dor na criança passam pelo envolvimento ativo da criança e seus pais como verdadeiros elementos da equipa de saúde, em que os enfermeiros colham dados sobre a história de dor (Batalha, 2013).

**Objetivo:** Aplicar MNF no controlo da dor na criança/jovem.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** A aplicação de MNF no controlo da dor em pediatria é uma intervenção bastante complexa, pois requer a mobilização de um conjunto diverso de conhecimentos inerentes ao fenómeno da dor. Como já vimos anteriormente diversos fatores influenciam a dor nas crianças, sendo o seu controlo mais difícil e desafiante do que nos adultos. Um aspeto que gostaríamos de fazer referência é a influência do medo e da ansiedade no controlo da dor em pediatria, por conseguinte, a abordagem de uma criança/jovem aquando um procedimento doloroso não pode de forma alguma descurar as suas significações da dor e doença. Face a esta grande influência o enfermeiro deve balizar os seus cuidados tendo em consideração a situação específica da criança/jovem, a sua história de dor, a sua família e as duas crenças culturais e religiosas. A par de todos os aspetos que já referimos é necessário conhecer um conjunto de MNF mais adequadas para cada faixa etária e que se adaptem à situação, bem como conseguir aplicá-las de forma correta para que se otimize a sua eficácia. Atendendo a todos estes fatores que determinam a eficácia das MNF consideramos que é fundamental um envolvimento profundo nesta temática, de forma garantir qualidade nos cuidados de enfermagem. No que concerne às MNF que aplicamos neste estágio, destacamos a importância da distração através da brincadeira, como sendo a MNF mais utilizada e com maior eficácia. “O brincar possibilita à enfermeira relacionar-se com a criança e ajudá-la a sentir-se em segurança, com base numa

relação de confiança mais próxima” (Tavares, 2011, p.77). A presença de um conjunto de brinquedos, criteriosamente escolhidos pelos enfermeiros, que pertenciam a um “KIT sem Dor”, tornou-se uma ferramenta de importância maior. Uma equipa desperta para o uso das MNF, é sem dúvida, fundamental para a garantia de parte do sucesso nas intervenções, o treino dos enfermeiros face às diversas reações e as estratégias utilizadas constitui uma mais-valia no controlo da dor. Tivemos a oportunidade de interagir com intencionalidade terapêutica, utilizando a distração com diversos brinquedos que proporcionaram mais conforto para as crianças/jovens e suas famílias, resultando num maior controlo da dor, medo e ansiedade face a procedimentos dolorosos. Prevenir e aliviar a dor através do “brincar” constitui um cuidado fundamental no enfoque emocional dos cuidados de enfermagem, promovendo a essência do cuidar. Muito para além dos cuidados físicos, como os tratamentos inerentes a uma sala de tratamentos, existe o lado humano e emocional, de elevada influência no comportamento das crianças/jovens e suas famílias. É primordial que o enfermeiro especialista tenha competência nesta área, pois pode ser considerado um instrumento para uma comunicação terapêutica e cuidados de qualidade. Não podemos deixar que o modelo biomédico conduza os cuidados de enfermagem, pois se assim for, deixamos de ser enfermeiros e passamos a ser técnicos que executam meros tratamentos despersonalizados.

*A elaboração da grelha sobre a atuação do enfermeiro a crianças/jovens aquando procedimentos dolorosos* (apêndice 4), permitiu-nos refletir sobre os aspetos mais importantes dos cuidados de enfermagem. Este instrumento foi transversal para alguns objetivos o que proporcionou o encadeamento do pensamento, pois ser competente no controlo da dor pressupõe saber articular uma série de conhecimentos inerentes a esta problemática que condicionam os cuidados e consequentemente o bem-estar dos doentes. Esta grelha permitiu-nos também sistematizar a informação para posterior reflexão. É interessante refletir como a falta de alguma informação, como é o caso da história de dor, ou um erro de comunicação pode determinar a vivência de um procedimento de forma mais traumática. A reflexão sobre os nossos cuidados, com base em aspetos muito específicos é a base para o melhoramento da nossa prática. Para tal é necessário reunir um conjunto de informação sobre a qual nos debruçarmos e retirarmos

conclusões em *prol* de melhores cuidados de enfermagem e doentes mais satisfeitos.

## 2.2. Cuidados de saúde primários

**Objetivo:** Promover a saúde e prevenir a doença da criança/jovem.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** A promoção da saúde e a prevenção da doença são duas grandes áreas no cuidar em enfermagem. Incluída nos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, a promoção da saúde insere-se na procura permanente da excelência no exercício profissional, na qual o enfermeiro ajuda os clientes a alcançarem o máximo potencial de saúde (OE, 2012b). É uma temática que toma especial interesse na idade pediátrica pois o enfermeiro pode deter um papel determinante no curso de vida da criança/jovem. No que respeita ao enfermeiro EESCJ, são áreas de atuação particular a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil (OE, 2010b). O enfermeiro ao ajudar as crianças/jovens e suas famílias na sua tomada de decisão no sentido de estilos de vida saudáveis, está a promover o conforto através da necessidade de transcendência (Gropper (1992, citado por Kolcaba, 1994) Estas duas grandes áreas de atuação do enfermeiro encontram-se inerentes na prática de cuidados aquando das consultas de vigilância de saúde infantil, nas quais tivemos a oportunidade de realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, bem como orientações antecipatórias. A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem com recurso aos parâmetros preconizados no programa nacional de saúde infantil e juvenil, foi uma atividade bastante interessante mas simultaneamente exigente, pois é necessário ter rigor nos parâmetros a avaliar e possuir conhecimentos alargados de todas as faixas etárias de forma a fazer uma boa avaliação. Neste estágio realizamos consultas de vigilância de saúde infantil, nas quais destacamos também a importância da destreza técnica, por exemplo, na medição do perímetro cefálico e altura, que são valores, *à priori*, fáceis de avaliar. No entanto há casos que podemos deparar-nos com crianças mais chorosas, pais apreensivos e que não nos ajudam durante o procedimento, o que requer perícia e a

utilização de estratégias para o fazer. Gostaríamos também de salientar a importância do ambiente acolhedor que demonstre preocupação com as necessidades de todos os elementos da família. "As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados, nomeadamente quando as intervenções de enfermagem visam a alteração de comportamentos, tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde" (OE, 2012b, p.11). No que concerne à adequação do ambiente físico, reforçamos a importância da presença de materiais lúdico-terapêuticos que nos ajudam a realizar as nossas avaliações, aspetos de extrema importância e que determinam cuidados de enfermagem personalizados e de qualidade, proporcionando momentos de confiança e conforto para toda a família e que valorizam o papel do enfermeiro. Um ambiente adequado para a promoção da saúde é uma importante fonte de conforto social pelos enfermeiros que se interessam pelo cuidado holístico (Kolcaba, 2003). O ministério da saúde preconiza a utilização do programa nacional de saúde infantil e juvenil, no sentido da otimização de recursos, promovendo a saúde e prevenindo a doença, que se traduz em ganhos para a saúde. De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, implementado desde junho de 2013, "pretende-se rentabilizar a ação dos profissionais e desenvolver sinergias nas diferentes equipas (intra e interinstitucionalmente), com as famílias e a própria comunidade, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens" (DGS, 2013, p.10). Tivemos a proposta de colaborar com a enfermeira EESCJ na elaboração de um documento que sistematizasse, para cada consulta, os parâmetros a avaliar e os cuidados antecipatórios do novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (apêndice 5) de forma a poder ser mais simples a sua leitura para os enfermeiros. Esta atividade revelou-se bastante exigente e desafiante e permitiu explorar com profundidade os vários itens relacionados com os cuidados antecipatórios e a avaliação do desenvolvimento e crescimento infantil. Foi também interessante a reflexão em conjunto com enfermeiros especialistas sobre a importância dos conteúdos e qual o papel do enfermeiro no seio da equipa multidisciplinar. Um guia que incluía os temas a serem abordados em cada consulta é um instrumento facilitador dos cuidados de enfermagem, promovendo a coesão e sistematização da informação fornecida às famílias. Se o enfermeiro não utilizar uma

abordagem estruturada na vigilância e rastreio do desenvolvimento, indiscutivelmente, não verificará todos os aspetos podendo não detetar alguma alteração passível de intervenção precoce, minimizando a morbilidade associada às alterações do crescimento e desenvolvimento. O programa nacional de saúde infantil encontra-se estruturado em função da faixa etária, o que consideramos organizador, contudo, uma vez que cada criança/jovem e família são únicos, será importante que o enfermeiro cuide de forma personalizada atendendo à sua unicidade. Desta forma, orientar a consulta tendo por base a faixa etária é importante mas não essencial, pois cada criança/jovem é única e tem o seu ritmo próprio, sendo fundamental perceber a criança/jovem no seio da família e sociedade. Apesar de todas as crianças experimentarem processos universais de desenvolvimento, há também as diferenças individuais (Papalia, 2009). O desenvolvimento de uma criança é multidimensional, sendo determinado por vários fatores, nomeadamente, fatores biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais. A sua idade cronológica é apenas mais um determinante do seu desenvolvimento e crescimento. O enfermeiro EESCJ deve conhecer todos esses fatores de forma a avaliar o desenvolvimento da criança/jovem tendo por base os aspetos promotores ou inibidores, no sentido de capacitar a criança/jovem e família para a adoção de comportamentos promotores de saúde. A utilização de um guia com uma estrutura direcionada para cada faixa etária é essencial, pois permite-nos focar a atenção para os padrões esperados e despistar problemas. Porém, o enfermeiro EESCJ deve primeiramente conhecer as crianças/jovens e suas famílias e personalizar os cuidados antecipatórios, indo ao encontro das verdadeiras e únicas necessidades de cada família. Uma das dificuldades sentidas durante as consultas de saúde infantil foi de facto não conhecermos a criança/jovem e família, o que limita a nossa atuação, podendo dar origem a alguns juízos de valor e informação desadequada. É fundamental escutar os doentes e compreender as razões para estilos de vida menos saudáveis, tentando demonstrar a importância de estilos de vida saudáveis que façam sentido para cada família. Consideramos estruturantes as recomendações do programa nacional de saúde infantil e juvenil, contudo, se não conseguirmos perceber quais as motivações, o estilo de vida, as preocupações e a dinâmica de cada família, torna-se difícil conseguir transmitir a informação adequada com o intuito de promover a saúde e prevenir a doença, pois

as famílias não sentem que aquelas indicações se enquadram verdadeiramente nelas. Neste sentido, para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento infantil, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização (OE, 2010).

De entre os vários aspetos inerentes à importância do enfermeiro em cuidados de saúde primários, gostaríamos ainda de salientar os cuidados relacionados com a transição para a parentalidade como sendo um assunto de bastante relevo para os enfermeiros que, devido à sua proximidade e conhecimentos, assumem um lugar de destaque neste âmbito. É do escopo de ação do enfermeiro especialista avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (OE, 2010). É conferido ao enfermeiro EESCJ competência para implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade (OE, 2010). O nascimento de uma criança determina mudanças a diversos níveis, sendo necessário a aquisição de conhecimentos e comportamentos que garantam a sobrevivência e bem-estar do novo elemento da família. É importante que o enfermeiro reconheça as necessidades dos pais neste âmbito intervindo de forma individualizada, adequada e de qualidade que se traduza no desenvolvimento de respostas adaptativas eficazes, no que concerne à manutenção do papel parental. Para uma tomada de decisão consciente e adequada, o enfermeiro necessita ter conhecimento global do cliente no sentido da adequação dos cuidados, nomeadamente, o significado que os pais atribuem à experiência de transição para a parentalidade; as expectativas do papel parental; a necessidade de informação face aos conhecimentos que detém; o seu ambiente social e familiar e identificar as necessidades e problemas de forma a promover o seu bem-estar físico e emocional. Consideramos que as consultas de saúde infantil realizadas no primeiro mês de vida são determinantes para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o enfermeiro e os pais no sentido de promover a parentalidade, condicionando todos os cuidados de enfermagem no âmbito dos cuidados antecipatórios e promoção do crescimento e desenvolvimento. De entre um conjunto vasto de aspetos inerentes ao bem-estar do recém-nascido, destacamos a importância dos cuidados de enfermagem na promoção, apoio e manutenção do aleitamento materno. Além das

vantagens nutricionais, salientamos as vantagens no estabelecimento da vinculação mãe-bebé, como sendo um momento único entre a díade. Portanto, o enfoque do enfermeiro neste âmbito está veiculado a dois grandes campos de atuação, nomeadamente, a promoção da vinculação e a promoção do desenvolvimento e crescimento. Neste estágio tivemos a oportunidade de promover e apoiar o aleitamento materno, sendo essencial destacar uma abordagem personalizada e única para cada família, respeitando as suas convicções e decisões quanto à alimentação do bebé e a promoção de uma relação de confiança entre enfermeiro-mãe.

### **2.3. Unidade de neonatologia**

**Objetivo:** Aprofundar conhecimentos sobre o uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor no RN.

**Reflexão sobre as atividades:** A valorização da dor toma especial enfoque quando cuidamos de RN, em especial os prematuros, pois são mais vulneráveis à dor, podendo as consequências da dor ter repercussões importantes na sua saúde. Aspetos relacionados com a fisiologia evidenciam a importância de uma abordagem específica da dor nesta faixa etária. As vias de controlo descendente no RN pré-termo não se encontram ainda suficientemente desenvolvidas, resultando em hipersensibilidade dolorosa (Fernandes, 2010). Consideramos que para melhorar os cuidados de enfermagem neste âmbito, é essencial que exista a consciencialização dos efeitos nefastos para a saúde dos RN, bem como assumir que os nossos cuidados poderão constituir fontes de dor ou stresse e que podemos mudar a nossa conduta em prol de cuidados mais adequados ao neurodesenvolvimento. A par desta sensibilidade encontra-se o reconhecimento dos sinais passíveis de traduzir dor. Refletir sobre a prática de cuidados com os enfermeiros sobre o controlo da dor foi muito enriquecedora pois concluímos que conseguimos aplicar diferentes estratégias de controlo da dor, tendo por base a evidência científica, estratégias essas que de início foram contestadas. No entanto, após verificarmos a sua aplicabilidade e vantagens para os RN e família, assumiram uma importância diferente para a equipa de enfermagem. Neste estágio verificamos que a mudança de comportamentos exige motivação e perseverança de elementos chave na equipa de enfermagem para que possam dinamizar a equipa no sentido da prestação de

cuidados de qualidade personalizados, bem como uma base sólida de evidência científica que suporte a prática em questão, e tempo para que os enfermeiros possam verificar as vantagens de uma nova estratégia.

O controlo da dor depende de vários fatores, nomeadamente, o reconhecimento dos sinais de dor, sendo que este deve ser feito de forma correta, com uso de escalas adequadas que traduzem a intensidade da dor. Nos RN, a dimensão comportamental da dor é um fator determinante no seu controlo; a intensidade da dor é então avaliada com recurso a escalas de heteroavaliação com base em medidas fisiológicas e/ou comportamentais, o que a torna ainda mais vulnerável e dependente de uma avaliação subjetiva de quem dela cuida (Batalha, 2010). Neste sentido, as manifestações comportamentais e fisiológicas em relação à dor devem ser amplamente reconhecidas para que a sua presença seja valorizada e que posteriormente se apliquem os tratamentos adequados. Por conseguinte, identificar o comportamento do RN que manifesta dor é uma premissa major para os enfermeiros. É primordial que o enfermeiro EESCJ seja perito em identificar as manifestações de dor do RN, pois existem situações em que é esperado que haja dor e, nesses casos, a intensidade correta da dor determina o tratamento adequado. Porém, podem ocorrer outras situações que não é esperado que o RN esteja com dor mas que se manifesta como tal, sendo necessário despistar a sua presença. É imperioso que o enfermeiro reconheça os sinais típicos que traduzem dor no RN, no entanto uma correta avaliação deve estar ancorada à grande variabilidade e unicidade de respostas que cada RN pode transmitir face a determinado estímulo doloroso. Neste sentido, o conhecimento sobre a história de dor é uma ferramenta que devemos utilizar para reduzir a dor, promovendo medidas de conforto desde o nascimento.

**Objetivo:** Promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN internado na unidade de neonatologia, utilizando o Método Canguru (MC).

**Reflexão sobre as atividades:** O nascimento prematuro de um filho acarreta uma ambiguidade de sentimentos, emoções e a necessidade de adaptação a uma realidade inesperada. Os enfermeiros desempenham um papel preponderante na transição para a parentalidade, sendo que a vinculação é parte integrante na transição para a parentalidade. Neste âmbito, o MC evidenciou-se como uma prática



comum em unidades de neonatologia e as suas vantagens são reconhecidas cientificamente. O MC reduz a mortalidade e morbilidade, bem como o tempo de internamento, promove o aumento do peso corporal e crescimento (Dodd (2005); Gregson & Blaker (2011); Ghavane, *et al.* (2012); Conde-Agudelo, Belizán & Diaz-Rossello (2011); promove o aleitamento materno (Ghavane, *et al.*, 2012; Ahmed & Sands, 2010; Almeida, Venâncio, Sanches & Onuki, 2010); promove a vinculação entre pais-bebé (Conde-Agudelo, Belizán & Diaz-Rossello, 2011; Hunt, 2008; Gathwala, Dingh & Balhara, 2008); inerente a todos os benefícios encontra-se a diminuição dos gastos em saúde devido à redução do tempo de internamento e de cuidados de enfermagem. Consideramos que a promoção da utilização do MC pelos pais é uma atividade que requer bastante sensibilidade, pois é exigente a nível emocional, expõe fisicamente a pessoa que vai fazer este método, podendo revelar a sua insegurança e os seus medos. Perante aspetos tão delicados, deparamo-nos com a resistência de algumas mães, o que motivou à reflexão. Desta forma, conhecer as verdadeiras necessidades, receios e sentimentos é essencial para um cuidado de enfermagem holístico. O reconhecimento inadequado destas necessidades pode conduzir a família a experienciar elevados níveis de *stress*, medo, ansiedade e o sentimento de não ser compreendido (Turam, Basbakkal & Ozbek, 2008). Na sua intervenção o enfermeiro deve proporcionar conhecimento e promover respostas saudáveis às transições que conduzam ao restabelecimento da sensação de bem-estar através do desenvolvimento de cuidados de enfermagem congruentes com as experiências únicas dos clientes e suas famílias (Meleis, 2010). No que concerne à sensibilização da equipa de enfermagem sobre MC, foi uma atividade em que sentimos marcar a diferença enquanto futuros enfermeiros EESCJ. Abordar um tema que à partida seria familiar a uma equipa de enfermagem não é tarefa fácil, porém optamos por fazê-lo pois em conjunto com a enfermeira orientadora, consideramos que seria uma mais-valia para a equipa de enfermagem, com resultados positivos para a qualidade de cuidados, pois tinha sido verificado o desuso deste método. Desta forma optamos por abordar esta temática tendo em consideração duas das suas vantagens, nomeadamente a vinculação e o controlo da dor, inerente a esta atividade foi elaborado um documento intitulado “Prática Baseada na Evidência – Medidas Não farmacológicas no Controlo da Dor no Recém-Nascido” (Apêndice 6).

## 2.4. Serviço de urgência pediátrica

**Objetivo:** Desenvolver competências no âmbito do sistema de triagem em situação de urgência em pediatria.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** O papel do enfermeiro no âmbito do sistema de triagem foi um ponto importante no desenvolvimento de competências. A triagem é o primeiro momento de contacto que as crianças/jovens e famílias têm com um profissional de saúde, quando recorrem a um serviço de urgência, sendo importante que esse momento reflita disponibilidade, preocupação e rigor perante cada situação que se apresente. É necessário despistar sinais e sintomas de gravidade que podem colocar em risco a vida dos doentes, sendo que em pediatria muitos dos sintomas são inespecíficos podendo dificultar a interpretação do grau de gravidade de saúde e determinar todo o percurso da criança, colocando em causa a sua vida. Denota-se desde já a importância de um cuidado de elevada qualidade e precisão que quer perícia. Contudo, muito para além da vertente biomédica que encontramos no sistema de triagem, em que são avaliados sinais e sintomas, a vertente holística é o verdadeiro sentido do trabalho do enfermeiro, sendo primordial avaliar para além das necessidades físicas, as necessidades emocionais. E mesmo não sendo situações de risco de vida, cada problema é único e quem recorre ao serviço de urgência precisa de ajuda sendo essencial cuidar a cada criança e família como única demonstrando preocupação desde o momento da admissão até serem observados pelo médico. Ao colaborar no sistema de triagem a crianças/jovens (identificação de situações de risco para a criança/jovem e encaminhamento das crianças/jovens doentes para outros profissionais) em conjunto com enfermeiros especialistas permitiu-nos verificar a dificuldade de cuidar num posto de triagem de um serviço de urgência. As solicitações são elevadas, sendo necessário fazer a triagem num curto período de tempo, pois há mais doentes para triar, e cada família nos exige a máxima atenção. É essencial refletirmos sobre o nosso papel, enquanto enfermeiros, e quão é importante não ceder stresse e apenas avaliarmos sinais e sintomas, pedirmos para aguardar na sala de espera e chamar a próxima criança/jovem. Estes comportamentos não devem ser verificados pelos enfermeiros, em especial os EESCJ pois têm o dever de cuidar de forma personalizada e global, respeitando cada criança e família como únicos e acompanhando-os com o máximo

cuidado até serem observados pelo médico. Sobre o sistema de triagem gostaríamos de aprofundar a importância da avaliação da dor recorrendo a escalas apropriadas a cada faixa etária, aspeto que nos preocupou e impulsionou para a reflexão em conjunto com a equipa de enfermagem. Ao longo do estágio foi verificado que a dor na criança era valorizada em grande medida de forma subjetiva, sem recurso a escalas, sendo que a analgesia era maioritariamente administrada na presença de hipertermia, devido à sua ação antipirética. As razões para esta prática encontram-se na necessidade major de realizar a triagem num curto espaço de tempo, sendo difícil aplicar escalas de auto avaliação em tempo útil, principalmente em crianças que ainda não utilizavam a escala numérica. Por vezes, mesmo o uso da escala numérica era contestado, devido à descredibilização da aplicabilidade da escala, recorrendo então a escalas de heteroavaliação. Esta realidade fez-nos pesquisar sobre a aplicabilidade das escalas de avaliação da intensidade da dor em serviços de urgência e promover momentos de reflexão com a equipa de enfermagem sobre a importância da avaliação da dor em contexto de urgência. Atendendo que a triagem é para primeiro local onde os doentes contactam com um profissional de saúde e o tempo decorrido entre a triagem e a observação médica poderá demorar algumas horas, será essencial que o enfermeiro que efetua a triagem consiga determinar com eficácia a necessidade de tratamento, e isso só se consegue e prestarmos cuidados objetivos com base em evidência e não com base no nosso senso comum ou em percepções. Diversos estudos indicam a importância do controlo da dor no serviço de urgência, nomeadamente, a partir da triagem, advogando protocolos de atuação perante os diversos níveis de intensidade de dor (Gourde & Damian, 2012; Crocker, *et al.*, 2012; Corwin, *et al.*, 2012). Foi então importante termos realizado uma reflexão em conjunto com os enfermeiros do serviço de urgência e enfermeira chefe sobre algumas medidas que a equipa poderia adotar de forma a otimizar os seus cuidados no âmbito do controlo da dor nas crianças/jovens que recorrem ao serviço de urgência, essa reflexão permitiu simultaneamente sensibilizar os colegas, bem como nos integrar das dificuldades de melhorar os cuidados prestados neste âmbito, tendo sido uma aprendizagem enriquecedora que nos proporcionou crescimento enquanto mestrandos.

## **2.5. Serviço de cardiologia pediátrica**

Neste estágio a nossa passagem foi apenas de observação com o intuito de conhecer com mais pormenor até que ponto das crianças/jovens que são submetidos na unidade de cuidados intensivos de cirurgia cardiotorácica estão familiarizados com as MNF de controlo da dor e a forma com são preparados para a cirurgia, pois consideramos que toda preparação que é feita no momento pré-operatório determina a vivência e gestão das emoções no período pós-operatório. Segundo a OE (2011b), uma preparação dirigida para as necessidades específicas de cada família pode transformar uma situação de crise da cirurgia na criança num potencial de crescimento, devido ao seu desenvolvimento emocional e cognitivo, o que proporciona um ambiente mais tranquilo e transmissor de segurança, contribuindo para a recuperação mais rápida da criança/jovem. As atividades realizadas proporcionaram-nos vantagens para o estágio seguinte, no nosso local de trabalho.

## **2.6. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos de Cirurgia Cardiotorácica (UCIPCCT)**

**Objetivo:** Identificar os conhecimentos dos enfermeiros da UCIPCCT sobre a utilização de MNF no controlo da dor.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** O enfermeiro especialista deve ser um elemento dinamizador da equipa de enfermagem, por conseguinte, o conhecimento sobre as necessidades de formação da equipa de enfermagem que reflitam a melhoria de cuidados prestados aos doentes é essencial para uma correta abordagem para a formação em serviço. “A persistência de mitos, preconceitos e crenças em relação à dor continua a ser demonstrada em várias pesquisas como um fator associada ao subtratamento” (Batalha, 2010, p.81). Neste sentido, consideramos importante a elaboração de um questionário sobre os mitos e crenças associados ao controlo da dor em pediatria (apêndice 7). Este questionário permitiu-nos direcionar as nossas ações de formação em serviço de forma a dar resposta a algumas lacunas da equipa de enfermagem. Apresentamos os resultados do questionário no apêndice 8, de forma geral, conseguimos depreender que as

opiniões são variadas, existindo dúvidas em determinados conceitos e abordagens, sendo então importante clarificar as dúvidas e desmistificar algumas questões que poderão constituir uma barreira ao controlo da dor não promovendo as boas práticas neste âmbito.

**Objetivo:** Sensibilizar a equipa de enfermagem da UCIPCCT para a importância do uso de MNF no controlo da dor.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** De acordo com algumas investigações o conhecimento ou a formação dos profissionais de saúde influenciam as suas práticas, sendo recomendado o desenvolvimento de ações de sensibilização e formação dirigidas a estes profissionais como estratégia para se conseguir um eficaz e consistente controlo da dor na criança hospitalizada (Batalha, 2010). Deve ser dada prioridade à formação para a aplicação de MNF e ao desenvolvimento de mais investigação que suporte as práticas (Batalha, 2013). A formação contínua em serviço assume um papel primordial para o desenvolvimento de competências uma vez que a reciclagem de conhecimentos é essencial para uma constante atualização numa área como a saúde que está em constante mudança e desenvolvimento. A aquisição e atualização de conhecimentos sobre a dor é uma responsabilidade que deve ser partilhada pelas instituições de prestação de cuidados e pelos enfermeiros individualmente (OE, 2008), pelo que, consideramos importante contribuir para a melhoria de cuidados através de ações de formação em serviço. No que concerne à responsabilidade individual dos enfermeiros, esta atividade revelou a disponibilidade da equipa de enfermagem para a aquisição e consolidação de conhecimento. O pensamento crítico e reflexivo foi um aspeto que consideramos bastante importante desenvolver no seio da equipa, tendo por base a evidência científica, analisando casos reais. Refletir sobre a prática de cuidados constitui um elemento chave para a melhoria de cuidados, por conseguinte, após as formações em serviço tivemos a oportunidade de refletir em conjunto com os enfermeiros, em situações reais sobre o fundamento de determinadas práticas e como se enquadram no controlo da dor tendo por base uma cultura preventiva e de defesa dos direitos das crianças/jovens. No que concerne à avaliação das formações em serviço, foi aplicado um questionário “Uso de Medidas Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança/Jovem – Pós formação em

serviço” (apêndice 9) posteriormente foi realizada a análise dos resultados do questionário (apêndice 10). Neste sentido, 64% dos enfermeiros responderam que concordaram totalmente que consideravam importante o uso de MNF no controlo da dor na UCIPCCT, sendo que 36% ainda têm dúvidas e concordam parcialmente. Será assim importante refletir com a equipa sobre as suas dúvidas e explorar as suas opiniões de forma a compreender as suas razões. Ao compararmos estes resultados com a mesma questão no questionário pré formação (Apêndice 8), verificamos um aumento da % de enfermeiros que concordaram totalmente com a questão, pelo que a formação em serviço foi positiva. No que se refere à importância da formação em serviço sobre a sensibilização da equipa de enfermagem relativamente ao controlo da dor, 43% dos enfermeiros concordaram totalmente, sendo que a maioria (57%) ainda apresenta dúvidas (concordando parcialmente), pelo que será necessário mais investimento nesta área utilizando várias estratégias formativas, para aumentar a sensibilidade da equipa. Sobre o facto de a equipa de enfermagem estar mais desperta em relação à importância da utilização das MNF no controlo da dor na criança/jovem 85% concorda, contudo ainda 14% não concorda, pelo que será importante revermos a forma de abordar esta problemática, indo ao encontro com as motivações e necessidades de aprendizagem da equipa. No que diz respeito à contribuição da formação em serviço relativamente ao seu impacto na melhoria de cuidados de enfermagem, 86% dos enfermeiros concordaram, sendo que 14% não concordaram parcialmente, pelo que podemos inferir que apesar da formação ter contribuído para o aumento da sensibilização da equipa e ter aumentado o uso destas medidas, esta temática ainda necessita de ser melhor trabalhada de forma a serem verificados resultados práticos nos cuidados de enfermagem.

A mudança de práticas é uma realidade que requer o envolvimento de elementos chave dentro de uma equipa, no sentido de ajudar e impulsionar a referida mudança. O enfermeiro especialista deve assumir um papel impulsionador de boas práticas, avaliando a necessidade de mudança. Neste sentido, as ações de formação em serviço atuaram com vista a sensibilizar para a importância das MNF, tendo por base evidência científica, relembrando algumas normas institucionais, que devem ser utilizadas. Porém, apenas expor o assunto numa ação de formação é insuficiente, sendo necessário atuar *in loco*, numa situação específica demonstrando

a importância de uma determinada técnica ou atitude de forma a minimizar os riscos para a criança/jovem.

No que concerne à organização de um conjunto de material lúdico-pedagógico, “*Kit sem Dor*”, usado para a prevenção e alívio da ansiedade/medo/dor foi uma atividade que exigiu reflexão sobre o tipo de MNF a aplicar em cada faixa etária, permitindo sistematizar algumas MNF em conjunto com o material necessário para as realizar. No apêndice 13 encontra-se a lista de material lúdico-terapêutico, bem como a “capa” do “*Kit sem Dor*”. Após o estágio a equipa aumentou a motivação para a sua utilização bem como o uso de outros materiais presentes no serviço que se encontravam um pouco esquecidos.

**Objetivo:** Organizar um *dossier* com informação para consulta sobre as MNF no controlo da dor na criança.

**Reflexão sobre as atividades desenvolvidas:** A manutenção da informação científica atualizada é fundamental para uma cultura de PBE, desta forma, a presença de um *dossier* sobre a temática em estudo foi pensada no sentido de toda a equipa de saúde, em especial os enfermeiros, poderem consultar e atualizarem-se, bem como serem também eles a colocar alguns artigos que considerassem importantes. O recurso à evidência científica é um passo essencial para uma boa prática, sendo uma equipa de enfermagem atualizada uma mais-valia. No apêndice 11, apresentamos as referências bibliográficas dos artigos colocados no *dossier*, intitulado “Controlo da Dor em Pediatria – Prática Baseada na Evidência”. Foi também realizada uma síntese sobre os aspetos mais relevantes para a prática de enfermagem relacionados com a Idade/Características do desenvolvimento/Reações ao stresse (medo/ansiedade) e dor *VERSUS* Medidas não farmacológicas de controlo da dor, que se encontra no apêndice 12.

### 3. COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Ser competente envolve um conjunto de saberes que se influenciam mutuamente de forma a podermos cuidar com qualidade, percecionando cada pessoa como um ser único de forma holística. “Os saberes são construídos pela aplicação do conhecimento a situações-problema identificadas no contexto da prestação de cuidados e mediado por uma prática reflexiva” (Serrano, Costa & Costa, 2011, p.23). O desenvolvimento de competências é progressivo sendo necessário um processo reflexivo aliado à experiência prática de forma a ser alcançada a consolidação dos saberes e consequente aplicação na prática. Ao longo deste percurso formativo fomos experienciando situações que nos proporcionaram a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro EESCJ. Todas as atividades analisadas no capítulo 2 determinaram o caminho do nosso desenvolvimento profissional, neste sentido realçamos que a nossa competência modificou-se em virtude das várias experiências vividas e refletidas.

Partindo do conjunto de competências comuns inerentes ao enfermeiro especialista gostaríamos de destacar o desenvolvimento das **competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal**. No que concerne ao desenvolvimento de uma prática profissional e ética no nosso campo de intervenção, consideramos que melhoramos a nossa consciencialização sobre o que fundamenta uma tomada de decisão ética e sua importância, nomeadamente, no que se refere ao cuidar em parceria com a família e a criança. Trabalhar em parceria com o doente implica ter consciência dos seus direitos e capacidades, percecionando-o como um agente ativo no seu processo recuperação ou manutenção da saúde. A parceria de cuidados com a família foi sendo trabalhada nos vários locais de estágio, sendo importante realçar que o contexto em que a criança se encontra determina o nosso trabalho em parceria com a família. Ainda sobre a tomada de decisão, o desenvolvimento de uma PBE, foi sempre uma preocupação ao longo dos vários locais de estágio, com o intuito de refletir um juízo baseado no conhecimento e experiência. Ao longo do percurso formativo, existiram situações e nos foram proporcionado autonomia de julgamento e participação ativa na tomada de decisão em equipa, principalmente sobre o controlo da dor, traduzindo-se em momentos de



aprendizagem. “O agir profissional do enfermeiro materializa-se com a prática de atos, em resultado do processo de tomada de decisão que os antecede e na revisão das consequências que esses atos implicam para a pessoa que recebe cuidados, para o enfermeiro e para o ambiente” (Deodato, 2008, 22), sendo que um dos pilares da tomada de decisão deve ser a sua responsabilidade profissional, que para o enfermeiro é o seu Código Deontológico. Integrar no processo de tomada de decisão os princípios, valores e normas deontológicas inerentes à profissão deve constituir, para cada enfermeiro, uma premissa na prática de cuidados. Neste sentido, a reflexão sobre a importância e aplicabilidade do CDE foi sem dúvida uma mais-valia para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional. No que se refere ao respeito pelos princípios orientadores da atividade dos enfermeiros gostaríamos de realçar a importância que este percurso formativo teve no desenvolvimento da prática da excelência do exercício na profissão e na relação com outros profissionais, pois o enfermeiro especialista deve ser um elemento promotor de boas práticas, visando uma constante melhoria de cuidados entre os seus pares, bem como constituir um elemento de ligação e confiança no seio da equipa multidisciplinar. No estágio da UCIPCCT direcionamos as nossas atividades para o controlo da dor onde privilegiámos a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, neste sentido a nossa intenção foi de motivar a equipa de enfermagem a utilizar de forma sistemática as MNF de controlo da dor, para tal recorremos à formação em serviço e reflexão em pequenos grupos de situações reais, o que nos permitiu desenvolver a competência de liderança nos processos de tomada de decisão ética. Nas situações de maior complexidade foi assumido a gestão de práticas de forma a minimizar os riscos decorrentes da dor. Os momentos de reflexão refletiram uma conduta preventiva e antecipatória com o intuito de promover o bem-estar da criança/jovem e família. No domínio da gestão dos cuidados foi nossa preocupação otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão estando disponível para ajudar os colegas na tomada de decisões e refletindo com a equipa multidisciplinar sobre algumas alterações da prática de cuidados com vista à melhoria de cuidados.

Tendo em consideração a promoção de práticas de cuidados que respeitam os direitos e responsabilidades profissionais consideramos nos apropriamos desta competência através da promoção e proteção dos direitos das crianças. A carta

criança hospitalizada e a convenção dos direitos devem fazer parte do conhecimento do enfermeiro EESCJ por forma a poderem ser defendidos. Enquanto enfermeiros EESCJ devemos advogar o melhor cuidado para a criança/jovem, neste sentido, ter presente os seus direitos é a base para cuidarmos com qualidade. A promoção do controlo da dor, da saúde, o trabalho em parceria com a família concorrem para a defesa dos direitos das crianças. Melhorar a nossa competência cultural no sentido de prestarmos cuidados culturalmente competentes foi uma meta a atingir ao longo deste percurso de estágios, consideramos que integrar os valores, costumes, crenças religiosas específicas que cada criança/jovem e família é um desafio exigente, contudo, faz parte do crescimento pessoal e profissional do enfermeiro especialista. Atualmente na nossa sociedade encontra-se presente cada vez mais uma grande diversidade cultural, a política dos serviços deve ir de encontro às suas especificidades, reconhecendo cada criança/jovem como única e respeitando a diversidade racial, étnica, cultural, económica e espiritual de cada criança/jovem e família.

**No domínio da melhoria da qualidade,** será importante destacar a preocupação e investimento na área do controlo da dor, que foi transversal em todos os estágios, revelando o desenvolvimento de competências perante a necessidade da melhoria contínua da qualidade. O planeamento dos programas de melhoria contínua foi também uma área explorada durante o nosso percurso, nomeadamente no estágio na UCIPCCT, pois foram identificadas oportunidades de melhoria, estabelecidas prioridades e estratégias de melhoria, sendo que este tipo de trabalho não cessa com o presente relatório sendo necessário mais tempo de implementação para uma avaliação positiva na melhoria das práticas.

**No domínio da gestão dos cuidados,** sentimos que a equipa de enfermagem nos vários locais de estágio se encontrava disponível para refletir connosco sobre as temáticas selecionadas como foco de atenção, tendo sido desenvolvidas competências de otimização do processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. Os estágios na unidade de neonatologia e UCICCT foram estágios em que as ações de formação foram mais focalizadas para a assessoria aos enfermeiros, constituindo-se como estratégias que intervêm para a melhora dos cuidados de enfermagem.

No **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, sobre o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade gostaríamos de salientar que todo este trajeto foi uma aprendizagem que se revelou bastante útil no âmbito da reflexão sobre o nosso autoconhecimento, no sentido em que nos permitiu colocar à prova os valores e princípios tanto a nível profissional como pessoal. A frequência no presente mestrado permitiu-nos “abrir” o nosso pensamento a novas conquistas, transformando-nos em profissionais mais conscientes do seu papel. Simultaneamente, pudemos desenvolver a consciência do poder que podemos deter na formação e ajuda dos nossos pares. A nossa tomada de decisão também sofreu alterações, no sentido em que, os nossos padrões de conhecimentos assentam agora numa fundamentação mais científica. Basear a nossa prática em evidências científicas válidas, atuais e pertinentes, tendo em consideração os níveis de evidência é uma exigência que se tornou realidade devido a este percurso. Todos os estágios contribuíram para a responsabilização neste processo de facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, porém, o estágio no nosso local de trabalho, a UCIPCCT foi um local de exigência superior em que o diagnóstico das necessidades formativas foi mais dirigido e em que o favorecimento da aprendizagem foi maior, sendo um trabalho que não termina com a conclusão deste relatório. Foi sempre nossa preocupação integrar a evidência científica na nossa prática de cuidados, pelo que durante este estágio incorporámos diretivas e conhecimentos na melhoria da qualidade na prática de cuidados ao apresentar aos colegas diversas orientações para a melhoria contínua dos cuidados. Durante o período de estágio assumimos uma postura de maior responsabilização sobre a transmissão de conhecimentos. A consciencialização sobre a importância de suportar a nossa prática clínica na investigação e no conhecimento foi uma área que desde o início dos estágios foi sendo desenvolvida. A elaboração de um *dossier* que reunisse evidência científica foi sem dúvida uma ajuda ao desenvolvimento desta competência.

De seguida analisaremos **as competências específicas do enfermeiro EESCJ**:

Os enfermeiros EESCJ distinguem-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar quer da criança/jovem saudável quer em situação de doença, quando a família não possua as competências e/ou

capacidades para um resultado eficaz (OE, 2013). O nosso trajeto pelos vários locais de estágio proporcionou-nos diversas situações com as quais pudemos desenvolver algumas competências inerentes ao enfermeiro EESCJ. Neste sentido, no que diz respeito à competência **“assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”**, consideramos que as seguintes experiências e atividades permitiram o seu desenvolvimento. No estágio da consulta externa de pediatria, ao cuidarmos de crianças/jovens e suas famílias que sofreram de acidentes ou que foram submetidos a cirurgias, aquando da execução dos tratamentos, negociamos a sua participação no seu processo de recuperação, com vista à sua independência e ao bem-estar; foi sempre nossa preocupação a qualidade da comunicação, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. No estágio de cuidados de saúde primários foi importante para melhorar a competência de diagnóstico de situações de risco, precocemente, que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem. Neste âmbito será importante referir que o enfermeiro EESCJ representa uma fonte de apoio para a criança/jovem devendo estar atento a todos os aspetos que podem estar inerentes às situações de risco, para tal é necessário conhecer a família fazendo uma avaliação à criança/jovem a cada consulta despistando quaisquer situações negativas. No estágio de neonatologia, negociar a participação da família no processo de cuidar rumo ao bem-estar do RN foi uma atividade exigente, sendo um processo complexo que envolve uma série emoções, receios por parte da família, sendo necessário que o enfermeiro EESCJ conheça as necessidades da família para que em conjunto potencie o seu papel de cuidador durante o internamento, com vista à sua autonomia aquando da alta hospitalar. Durante este estágio tivemos a oportunidade para trabalhar com a família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, nomeadamente através capacitação dos pais para a prevenção da síndrome da morte súbita do lactente e prevenção de acidentes. Devido ao nosso local de trabalho ser uma área bastante específica, sentimos mais dificuldade quanto à nossa competência de diagnosticar e intervir precocemente nas doenças comuns às várias idades, neste âmbito o estágio na urgência pediátrica foi uma mais-valia no sentido que nos permitiu rever uma série de conhecimentos sobre esta temática e melhorar a nossa atuação na implementação das respostas de enfermagem apropriadas.

No que respeita à competência **“cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”**, o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte prestando cuidados de enfermagem apropriados foi também uma competência melhorada. Uma vez que trabalhamos em cuidados intensivos, temos esta competência bastante desenvolvida, contudo, pudemos verificar que mudando o local onde nos deparamos com uma situação de emergência, a nossa competência é colocada à prova. Foi o caso deste estágio, pois necessitamos de possuir um conjunto vasto de conhecimentos sobre uma série de doenças, sinais e sintomas para detetar fatores agravantes do estado de saúde da criança/jovem que nos permitam atuar de forma segura e adequada. Prestar cuidados numa sala de triagem permitiu-nos melhorar as nossas competências neste âmbito de atuação bem como diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e situações de risco para a criança/jovem. Ao longo de todos os locais de estágio pudemos também melhorar a nossa competência de gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, sendo o nosso foco central. Será importante realçar que cada campo de estágio nos proporcionou visões diferentes de como controlar a dor, quer seja pelos diferentes estímulos que as crianças/jovens estavam expostas, quer seja pelos profissionais de saúde com os quais trabalhamos, sendo que todas as perspetivas detiveram um papel importante para o nosso crescimento profissional. Na consulta externa trabalhar com uma equipa de enfermagem atenta em relação ao controlo da dor, foi um ótimo recurso para aprofundar os nossos conhecimentos e competências. O exemplo dado por enfermeiros especialistas foi uma ajuda na consolidação de conhecimentos e práticas, bem como na reflexão sobre o papel do enfermeiro EESCJ no controlo da dor. O estágio de neonatologia foi também um estágio rico em experiências que complementaram a nossa experiência profissional, sendo de destacar a aprendizagem sobre a aplicabilidade do MC para o controlo da dor.

No que respeita ao estágio na UCIPCCT, partindo do objetivo geral para este estágio, consideramos que a nossa atuação foi um primeiro passo para a mudança de algumas práticas de cuidados no âmbito do controlo da dor. Mudar os comportamentos dos profissionais exige tempo, e consciencialização individual para a verdadeira necessidade de atuar de determinada forma. É também fundamental que as chefias se identifiquem com a mudança constituindo um veículo catalisador

da mesma. Por último, ao trabalharmos em multidisciplinarietà, é necessário que todos os profissionais estejam conscientes que o controlo da dor é um direito das crianças, que o seu bem-estar depende em grande medida das nossas práticas, práticas essas, que podem ser mudadas se for verificado que essa alteração é de interesse para a criança/jovem e que visa a sua mais rápida recuperação. Assim, consideramos que conseguimos sensibilizar a equipa para a utilização de MNF, contudo é necessário um trabalho contínuo para se verificar um aumento do uso destas medidas de forma sistemática. Em simultâneo com as atividades que fomos desenvolvendo ao longo deste estágio de forma a atingir o nosso objetivo geral, pudemos aplicar conhecimentos sobre as MNF no controlo da dor, desenvolvendo também a nossa competência nesta área.

Relativamente à competência **“presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”**, a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil foi uma área que pudemos desenvolver, sendo importante realçar o trabalho desenvolvido no estágio de cuidados de saúde primários, tendo sido uma experiência bastante enriquecedora pois permitiu-nos perceber o papel do enfermeiro EESCJ com a família fora do contexto hospitalar que estamos habituados, devido à nossa experiência profissional. Em contexto de cuidados de saúde primários o enfermeiro detém uma importância maior na promoção da saúde. Foi interessante e gratificante efetuarmos a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil através das avaliações de crescimento e de desenvolvimento, onde desenvolvemos a nossa competência de forma sistemática de acordo com os referenciais teóricos da DGS, com o apoio de enfermeiros especialistas. Gostaríamos também de realçar o desenvolvimento de competências inerentes ao processo de vinculação nomeadamente através da promoção do aleitamento materno e cuidados ao RN, aquando das consultas de vigilância de saúde infantil. O estágio de neonatologia também nos permitiu desenvolver a nossa competência neste âmbito, mas de uma perspetiva diferente, num contexto de maior vulnerabilidade, trabalhando também a promoção da esperança e a adaptação à doença crónica, por vezes associada à prematuridade. Relativamente à nossa competência de comunicação com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura, é importante referirmos que todos os estágios nos permitiram melhorar o nosso desempenho. Porém,

destacamos o estágio na consulta externa, principalmente pelo apoio fornecido pelos enfermeiros especialista, como tal consideramos que este estágio foi uma enorme fonte de aprendizagem pois pudemos cuidar de crianças/jovens de várias faixas etárias e culturas, colocando em prática aspetos relacionados com técnicas de comunicação respeitando a sua individualidade. Uma adequada comunicação é a base para um cuidado de qualidade e atento às reais necessidades da criança/jovem e família, neste sentido, no estágio da urgência pediátrica constitui uma importante aprendizagem. A comunicação em situações de urgência é um instrumento terapêutico que pudemos desenvolver no sentido de melhorar as nossas aptidões de forma a transmitirmos segurança e apoio adequados a cada situação específica.

Em suma, partindo do pressuposto que o desenvolvimento de competências é um processo complexo que pressupõe uma aprendizagem experiencial aliada a um forte investimento teórico, gostaríamos de ressaltar que o nosso grau de proficiência foi substancialmente melhorado, considerando-nos como proficiente de uma forma geral. A prática reflexiva promove competências contínuas e estabelece objetivos, promovendo uma passagem gradativa de noviço a perito (Serrano, *et al.*, 2011), neste sentido consideramos que foi um instrumento pertinente no caminho da proficiência. Segundo Benner (2001), o enfermeiro proficiente percebe as situações de forma global e adquire a capacidade de abstração a partir da sua prática profissional, conseguindo detetar os aspetos mais relevantes; as suas ações são orientadas por máximas e a percepção é a palavra de ordem nesta fase, pois devido à sua considerável experiência é capaz de prever os acontecimentos típicos que podem acontecer em determinada situação. Benner (2001) afirma que o enfermeiro especialista é considerado um perito, distinguindo-se pela enorme experiência, compreendendo de forma intuitiva cada situação, não necessita de estratégias analíticas de apoio à decisão. O trajeto até ao grau de perito começou no início da nossa atividade profissional, sendo que consideramos que este conjunto de estágios enquanto mestrados, nos proporcionou uma série de aprendizagens com contributo positivo para o nosso desenvolvimento pessoal e profissional, no sentido de um cuidar de excelência.

## **4. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao longo do percurso que encetámos em 2011, a nossa compreensão sobre o cuidar em enfermagem foi sofrendo algumas modificações, por conseguinte, gostaríamos de salientar a melhor apropriação da importância que os referenciais teóricos assumem na prática de enfermagem. A transformação de um enfermeiro de cuidados gerais em enfermeiro especialista é um processo exigente, que não termina com a elaboração do presente relatório, este, permitiu concluir uma etapa reflexiva e crítica sobre a nossa prática, que posteriormente dará frutos da apropriação de conhecimentos e desenvolvimento de competências inerentes ao enfermeiro EESCJ. O nosso caminho foi marcado com “placas indicativas” de uma determinada direção, o ser perito nesta área, constituindo a base para a nossa orientação, nomeadamente, o pensamento crítico e reflexivo, uma tomada de decisão fundamentada na melhor evidência científica disponível, tendo sempre em consideração que integramos uma profissão com deveres, princípios e valores que integram a deontologia da Enfermagem. É importante questionarmos as práticas de cuidados, termos a capacidade de indagar sobre a melhor forma de cuidarmos, como intuito de cuidar com mais qualidade, valorizando o nosso trabalho autónomo.

É fundamental a valorização da Enfermagem enquanto ciência e arte, para tal é essencial a investigação e formação dos enfermeiros, assim como o seu empenho e envolvimento na valorização dos contributos positivos que o seu corpo de conhecimentos tem na saúde dos doentes. Uma PBE deve ser uma premissa para os enfermeiros, sendo primordial a formação sobre o que constitui esta prática, e neste sentido o enfermeiro especialista tem um papel preponderante, pois pode ser um veículo de transmissão de saberes, demonstrando na sua prática esta filosofia. Quando olhamos para trás e refletimos sobre as diferenças entre o enfermeiro de cuidados gerais e o enfermeiro especialista apraz-nos dizer que o enfermeiro especialista é um elemento que tem um nível de responsabilidade maior e que consegue mobilizar recursos de forma a melhorar os seus cuidados. Constituir uma fonte de apoio para a equipa de saúde, atuando de forma dinâmica e atenta às diferentes necessidades dos colegas e dos doentes, é um elemento dinamizador,



atento às necessidades dos seus pares, atuando como fonte catalisadora de boas práticas de cuidados.

Gostaríamos também de evidenciar a mudança que ocorreu na forma como percebemos a família, e como a integramos nos cuidados à criança/jovem, trabalhando em parceria. A parceria de cuidados entre pais-enfermeiro torna-se essencial para atingir o bem-estar da criança/jovem, através da capacitação e potencialização familiar. No que concerne à filosofia de cuidados centrados na família, pudemos compreendê-la melhor, mobiliza-la e aplicá-la.

No que concerne ao nosso foco de atenção central, o controlo da dor em pediatria, gostaríamos de salientar que um longo caminho ainda há para percorrer no seio das equipas de saúde. Ao longo dos vários locais de estágio verificamos que a avaliação da dor é uma área que necessita de ser dinamizada, pois esta determina todo o trabalho posterior, podendo colocar em causa as verdadeiras necessidades dos doentes, e a aplicação das medidas terapêuticas adequadas. As MNF de controlo da dor constituem uma estratégia que os enfermeiros podem e devem utilizar de forma autónoma, conhecer os seus benefícios e aplicabilidades é essencial para um cuidar com mais qualidade.

Relativamente ao nosso contexto específico de prática de cuidados e foco de atenção, gostaríamos de realçar que cuidar de crianças em contexto de cirurgia cardiorádica é um processo complexo, com inúmeras variáveis. A dor, o medo e a ansiedade associados aos procedimentos invasivos/dolorosos é um foco de atenção do enfermeiro, sendo fundamental que os enfermeiros estejam sensibilizados para a prevenção e alívio da dor nas crianças/jovens que têm aos seus cuidados. A tomada de decisão do enfermeiro deve basear-se em evidência científica e não em crenças de forma a fundamentar a sua prática e incutir nos seus cuidados rigor e qualidade.

As MNF assumem um papel preponderante aquando dos procedimentos invasivos, sendo essenciais para um cuidado de excelência, minimizando dos efeitos potencialmente negativos associados à hospitalização da criança/jovem. Uma adequada gestão entre medidas farmacológicas e não farmacológicas é fundamental para o controlo da dor, sendo o enfermeiro o profissional de saúde privilegiado nesse controlo, devido à sua especificidade e grande proximidade com a criança/jovem e família. O enfermeiro especialista deve constituir uma força impulsionadora da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Consideramos

que a utilização de MNF como sendo uma atividade da responsabilidade do enfermeiro, enquadrando-se no domínio das atividades independentes, constituindo uma mais-valia para a dinamização do papel da nossa profissão no controlo da dor de forma ativa com resultados positivos e ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Cada pessoa é responsável pelo seu próprio trajeto, influenciando a estrutura e sendo influenciado pela mesma. Neste sentido, relativamente aos obstáculos que possamos encontrar, estes encontram-se associados à organização da própria instituição mas também à forma como os profissionais gerem o seu poder de mudança na mesma. A existência de uma meta comum é essencial para a aprendizagem, pois apenas com forças sinérgicas conseguem fazer mudanças no sentido de melhorar práticas. Ao longo do nosso percurso formativo fomos tentando trazer para os locais de estágio algumas evidências científicas consciencializando as equipas sobre algumas boas práticas, não sendo uma tarefa fácil. Quando as equipas estão “ancoradas a algo” é mais difícil mudar práticas, sendo necessário integrar as palavras “mudança”, “adaptação”, “evidência científica” e “pensamento reflexivo” no pensamento de cada profissional, para que cada um seja impulsionador de uma prática reflexiva. Finalmente é de referir que uma prática especializada evidencia-se através de uma cultura de constante aprendizagem, pensamento crítico e reflexivo, capaz de questionar práticas de não se coadunam com os direitos humanos e das crianças. Salientamos também os deveres da profissão que exercemos, que devem estar na base da nossa conduta profissional, a par dos princípios éticos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, A. H. & Sands, L. P. (2010). Effect of Pre- and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature Infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 39, 53-63. **DOI:** 10.1111/j.1552-6909.2009.01088.x.
- Almeida, H.; Venâncio, S., Sanches, M.. & Onuki, D. Impacto do método canguru nas taxas de aleitamento materno exclusivo em recém-nascidos de baixo peso. *Jornal de Pediatria*, 86 (3), 250-253.
- Apkarian, A., Baliki, M. & Geha, P. (2009). Towards a theory of chronic pain. *Progress in Neurobiology*, 87 (2), 81-97. **DOI:** 10.1016/j.pneurobio.2008.09.018.
- Bach, F. (1997). Beta-endorphin in the brain: A role in nociception. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 41, 133-140. **DOI:** 10.1111/j.1399-6576.1997.tb04627.x.
- Baeyer, C., Marche, T., Rocha, E. & Salmon K. (2004). Children's memory for pain: Overview and implications for practice. *The Journal of Pain*, 5 (5), 241-249.
- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista* (2º ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Barros, Luísa (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: Contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.
- Basto, M. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina: Proposta de um percurso. *Pensar Enfermagem*, 13 (2), 11-18.
- Batalha, L. (2006). Dor em Pediatria. In *Jornadas Multidisciplinares de Dor, SPPs/APED*, 20-21 de Out. 2006. Porto.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lidel – edições técnicas, Lda.
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia*, Suplemento, e16-e21.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica em enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Blount, R., Zempsky, W., Jaaniste, T., Evans, S. Cohen, L., Devine, K. & Zeltzer, L. (2009). Management of pain and distress due to medical procedures. In:
- Botelho, M. (2010). Editorial. *Pensar Enfermagem*, 14 (2), 1.
- Bournaki, M. (1997). Correlates of pain-related responses to venipunctures in school-age children. *Nursing Research*, 46, 147-154.
- Bouza, H. (2009). The impact of pain in the immature brain. *The Journal of Maternal Medicine*, 22 (9), 722-732.
- Breau, L., Camfield, C., McGrath, P. & Finley, G. (2007). Pain's impact on adaptive functioning. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51 (part 2), 125-134.
- Bueno, M., Stevens, B., de Camargo, P., Toma, E., Krebs, V. & Kimura, A. (2012). Breast milk and glucose for pain relief in preterm infants: A noninferiority randomized controlled trial. *Pediatrics*, 129 (4), 664-670.
- Broering, C., Crepaldi, M. (2008). Preparação psicológica para a cirurgia em pediatria: Importância, técnicas e limitações. *Paidéia*, 18 (39), 61-72.
- Carbajal, R., Veerapen, S., Couderc, S., Jugie, M. & Ville, Y. (2003). Analgesic effect of breast feeding in term neonates: randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 326, p.13-15. **DOI:** <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.326.7379.13>.
- Centro Hospitalar de Lisboa Central (2010c). *Protocolo de administração de sacarose oral*. (Procedimento Multisectorial – TRC. 141).
- Chermont, A., Falcão, L., Silva, E., Balda, R. & Guinsburg, R. (2009). Skin-to-skin contact and/or oral 25% for procedural pain relief for term newborn infants. *Pediatrics*, 124 (6), e1101-e1107. **DOI:** 10.1542/peds.2009-0993.
- Cohen, L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics*. 122, Supplement 3, S134-S139. **DOI:** 10.1542/peds.2008-1055f.

- Conde-Agudelo, A., Belizan, J.M. & Diaz-Rosello, J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3 (CD002771) DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2012). *Combater a desigualdade: da evidência à ação*. Lisboa: Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros.
- Corwin, D., Kessler, D., Auerbach, M., Liang, A., & Kristinsson, G. (2012). An intervention to improve pain management in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 28(6), 524-528. DOI:10.1097/PEC.0b013e3182587d27.
- Crandall, M., Lammers, C., Senders, C. & Braun, J. (2009). Children's tonsillectomy experiences: Influencing factors. *Journal of Child Health Care*, 13, 308–321. DOI: 10.1177/1367493509344821
- Crocker, P., Higginbotham, E., King, B., Taylor, D., & Milling, T. (2012). Comprehensive pain management protocol reduces children's memory of pain at discharge from the pediatric ED. *American Journal Of Emergency Medicine*, 30 (6), 861-871. DOI:10.1016/j.ajem.2011.05.030.
- Courtney, M & McCutcheon, H. (2010). Using evidence to guide nursing practice. 2ª Ed. Elsevier Australia.
- Cunha, I. (2010). Abordagem aos conhecimentos dos Profissionais de Saúde no âmbito do controlo da Dor Aguda Pós-operatória em Crianças. Porto. Tese de Mestrado.
- Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: Valorização da sociedade*. Coimbra: Edições Almedina. SA.
- Direção-Geral da Saúde (2001). *Plano nacional de luta contra a dor*. Lisboa: Grafifina Edições.
- Direção-Geral da Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor*, (Circular Normativa n.º09/DGCG/2003). Lisboa: Direção Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2008). *Programa nacional de controlo da dor*, ( Circular-Normativa n.º11/DGCG/2008). Lisboa: Direção Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*, (Orientação n.º 014/2010). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*, (Orientação n.º 022/201). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. (Orientação n.º 024/2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2013). Programa nacional de saúde infantil e juvenil, (circular-Normativa n.º 010/2013). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Dodd, V. (2005). Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. *Journal of Obstetrics, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34 (2), 218-232. **DOI:** 10.1177/0884217505274698.
- Fanurik, D., Koh, J. & Schmitz, M. (2000). Distraction techniques combined with EMLA®: Effects on IV insertion pain and distress in children. *Children's Health Care*, 29 (2), 87-101. **DOI:** 10.1207/S15326888CHC2902\_2.
- Ferreira, F., Fernandes, A., Carreira, C., Reis, G, Costa, L., Costa, M., & Pimenta, M. (2000). Princípio 5. In L., Santos., A. Jorge & I. Antunes (Eds. Lit.). *Comentários à "carta da criança hospitalizada"* (49-51). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- Fernandes, A. (2007). Dor neonatal: Consequências imediatas e a longo prazo. *Dor*, 15 (1), 22-26.
- Fernandes, A. (2010). *The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain*. (Dissertação de doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, 2010).
- Fitzgerald, M. (2005). The development of nociceptive circuits. *Nature Reviews Neuroscience*, 6, 507-520.
- Forgeron, P., King, S., Stinson, J., McGrath, P., MacDonald, A. & Chambers, C. (2010). Social function and peer relations in children and adolescents with

- chronic pain: A systematic review. *Pain Research & Management*, 15 (1), 27-41.
- Frazier, A., Frazier, H. & Warren, N. (2010). A discussion of family-centered care within the pediatric intensive care unit. *Critical Care Nurse*, 33, 82-86. **DOI:** 10.1097/CNQ.0b013e3181c8e015.
- Gathwala, G., Singh, B., & Balhara, B. (2008). KMC facilitates mother baby attachment in low birth weight infants. *Indian Journal Of Pediatrics*, 75(1), 43-47.
- Ghavane, S., Murki, S., Subramanian, S., Gaddam, P., Kandraj, H. & Thumalla, S. (2012). Kangaroo mother care in kangaroo ward for improving the growth and breastfeeding outcomes when reaching term gestational age in very low birth weight infants. *Acta Paediatrica*, 101 (12), e545-549. **DOI:** 10.1111/apa.12023.
- Gourde, J., & Damian, F. (2012). ED fracture pain management in children. *Journal Of Emergency Nursing: JEN: Official Publication Of The Emergency Department Nurses Association*, 38(1), 91-97. **DOI:**10.1016/j.jen.2011.03.002.
- Gregson, S., & Blacker, J. (2011). Kangaroo care in pre-term or low birth weight babies in a postnatal ward. *British Journal of Midwifery*, 19(9), 568-577.
- Hatfield L. (2008). Sucrose decreases infant biobehavioral pain response to immunisations: A randomised controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (3), p.219-225. **DOI:** 10.1111/j.1547-5069.2008.00229.x.
- Hatfield, L., Meyers, M., Messing, T. (2013). A systematic review of the effects of repeated painful procedures in infants: Is there a potential to mitigate future pain responsivity? *Journal of Nursing Education and Practice*, 3 (8), p.99-112. **DOI:** 10.5430/jnep.v3n8p99.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar* (M.I. Ferreira, Trad.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda. (Prendre soin à l'hôpital: Inscrite le soin infirmier dans une perspective soignante, 1997, InterEditions, Masson Éditeur).
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica*. (8.º Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Lda.

- Hunt, F. (2008). The importance of Kangaroo Care on infant oxygen saturation levels and bonding. *Journal of Neonatal Nursing*, 14, 47-51. **DOI:** 10.1016/j.jnn.2007.12.003).
- Instituto de Apoio à Criança - Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4.<sup>a</sup> ed.), Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- International Association for the Study of Pain (2005b). *Core curriculum for professional education in pain*, Seattle: IASP Press.
- International Association for the Study of Pain (2006). Psychological interventions for acute and chronic pain in children. *Pain: Clinical Updates*, 14 (4), p.1-4. Acedido a 29-01-2013. Disponível em [http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home,Pain\\_Clinical\\_Updates1,Home,Pain\\_Clinical\\_Updates1&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&SECTION=Home,Pain\\_Clinical\\_Updates1,Home,Pain\\_Clinical\\_Updates1&CONTENTID=7639](http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Home,Pain_Clinical_Updates1,Home,Pain_Clinical_Updates1&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&SECTION=Home,Pain_Clinical_Updates1,Home,Pain_Clinical_Updates1&CONTENTID=7639).
- International Association for the Study of Pain (2010). Diagnosis and classification of neuropathic Pain. *Pain: Clinical Updates*, XVIII, Issue 7, p.1-6. Acedido a 24-10-2013. Disponível em [http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Clinical\\_Updates&SECTION=Clinical\\_Updates&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=15084](http://www.iasp-pain.org/AM/AMTemplate.cfm?Section=Clinical_Updates&SECTION=Clinical_Updates&TEMPLATE=/CM/ContentDisplay.cfm&CONTENTID=15084)
- International Association for the Study of Pain (1979). Pain terms: A list with definitions and notes on usage, *Pain*, 6, 249-252.
- Internacional Council of Nurses (2011). CIPE® Versão 2: Classificação internacional para a prática de enfermagem – do original “ICNP® Version 2: *Internacional classification for nursing practice*”. Edição Portuguesa: Ordem dos Enfermeiros.
- Joley J. & Shields L. (2009). The evolution of family-centered care. *Journal of Pediatric Nursing*, 24 (2), 164-170. **DOI:** 10.1016/j.pedn.2008.03.010.
- Karb, V. (2003). Dor. In Phipps, W. *et al.* Enfermagem médico-cirúrgica: Conceitos e prática clínica (6.<sup>a</sup> ed.). Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Kéroüac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A & Major, F. (1996). *El pensamiento enfermero*. Barcelona: Masson.



- Kolcaba, K. (1991). A Taxonomic Structure for the Concept Comfort. *Image: the Journal of Nursing Scholarship*, 23, 237-240. **Doi:** 10.1111/j.1547-5069.1991.tb00678.x.
- Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 19, 1178-1184.
- Kolcaba, K. (2003). *Comfort theory and practice: A vision for holistic health care and research*. New York: Springer Publishing Company.
- Kolcaba, K., Dimarco, M. (2005). Comfort theory and its application to pediatric nursing. *Pediatric Nursing*. 31(3), 187-194.
- Koller, D. & Goldman, R. (2011). Distraction techniques for children undergoing procedures: A critical review of pediatric research. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, Issue 6, 652-681. **DOI:** 10.1016/j.pedn.2011.08.001.
- Kristjánsdóttir, O., Unruh AM, McAlpine L, McGrath PJ. (2012) A systematic review of cross-cultural comparison studies of child, parent, and health professional outcomes associated with pediatric medical procedures. *Journal of Pain*, 13(3), 207-219. **DOI:** 10.1016/j.jpain.2011.12.008.
- Lee, D. *et al.* (2010). Chronic widespread pain is associated with slower cognitive processing speed in middle-aged and older European men. *Pain*, 151, 30-36. **DOI:** 10.1016/j.pain.2010.04.024.
- Leininger, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts theories, research and practices* (3.<sup>a</sup> ed.) New York: McGraw-Hill.
- Lynch, A., Kashikar-Zuck, S., Goldschneider, K.. & Jones, B. (2007). Sex and age differences in coping styles among children with chronic pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 33(2), 208–216. **DOI:** 10.1016/j.jpainsymman.2006.07.014.
- Loizzo, A., Loizzo, S. & Capasso, A. (2009) Neurobiology of pain in children: An overview. *The Open Biochemistry Journal*, 3, 18-25. DOI: 10.2174/1874091X00903010018.
- MacLaren, J. & Cohen, L. (2007). Interventions for paediatric procedure-related pain in primary care. *Paediatrics & Child Health*, 12 (2), 111-116.
- Masson S (1986). *Os Relaxamentos*, São Paulo: Ed. Manole

- McGrath P. (1990). *Pain in Children: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guilford Publications.
- Meleis, A. (1991). *Theoretical nursing: Development and progress*. (2.<sup>a</sup> ed.). Philadelphia: J.G. Lippincott.
- Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: Middle Rang and Situation Specific Theories in Nursing Reserch and Practice*. New York: Springer Publishing.
- Melzack, R. & Wall, P. (1965). Pain mechanisms: A new theory. *Science*, 150 (3699), 971-979.
- Melzack, R. (1999). From gate to the neuromatrix. *Pain®*, Supplement 6, S121-S126.
- Morse, J. (1983). An ethnoscientific analysis of comfort: A preliminary investigation. *Nursing Papers*, 15 (1), 6-19.
- Mu, P., Chen, Y-C. & Cheng, S-C. (2009). The effectiveness of non- pharmacological pain management in relieving chronic pain for children and adolescents. *The JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 7 (34), 1492-1547.
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Noel, M., Chambers, C., McGrath, P., Klein, R. & Stewart, S. (2012). The influence of children's pain memories on subsequent pain experience. *Pain*, 153, 1563-1572. **DOI:** 10.1016/j.pain.2012.02.020.
- Ordem dos Enfermeiros – Nunes, L., Amaral, M & Gonçalves, R. (Coord.) (2005), *Código deontológico do enfermeiro: Dos comentários à análise de casos*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I (1), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010) Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem Dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediatria*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, 2 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2011b). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem Dos Enfermeiros (2012a). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012b). REPE e estatuto da ordem dos enfermeiros. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos Ordem dos enfermeiros, Série I (6), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Organização Mundial de Saúde. (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems 10th revision*. Acedido a Novembro, 5, 2013, em <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en>.
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2009). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. (11.<sup>a</sup> ed). São Paulo: McGraw-Will;
- Payne, R. (2003). *Técnicas de relaxamento: Um guia prático para profissionais de saúde*. (2.<sup>a</sup> Ed.), Loures: : Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Peters, J., Schouw, R., Anand, J., Van Dijk, M., Duivenvoorden, H. & Tibboel, D. (2005). Does neonatal surgery lead to increase pain sensitivity in later childhood? *Pain*, 114, Issue 3, 444-454. DOI: 10.1016/j.pain.2005.01.014.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Pimenta, C. & Portnoi, A. (1999). Dor e cultura. In: Carvalho, M. (org.) *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp. 159-73). São Paulo, Summus, 1999.

- Piira, T., Sugiura, T., Champion, G., Donnelly, N., & Cole, A.. (2005). The role of parental presence in the context of children's medical procedures: A systematic review. *Child: Care, Health & Development*, 31(2), 233-243. **DOI:** 10.1111/j.1365-2214.2004.00466.x
- Pölkki, T. (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: A survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (4), 483-492.
- Pölkki, T., Laukkala, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. (2003). Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, Issue 4, 373-383. **DOI:** 10.1046/j.0283-9318.2003.00239.x.
- Quintal, M. (2004). *Biblioteca da dor: Dor neuropática*. Lisboa: Permanyer Portugal.
- Rachlin, H. (2010). Dor e comportamento. *Temas em Psicologia*. 18 (2), 429-447.
- Rasmus, I., Dalton, M., Wilson, D. (2004). Pain management for newborn circumcision. *Pediatric Nursing*, 30 (5), 414-427.
- Ribeiro, A. (2000). Principio 6. L. Santos, A. Jorge & I. Antunes (Eds. Lit.). In Instituto de Apoio à Criança. *Comentários à "carta da criança hospitalizada"* (p.53-54). Lisboa: Instituto de Apoio à Criança.
- (s.a.) Classificação de acordo com a patogénese: Dor nociceptiva [em linha]. [www.change-pain.com.pt/](http://www.change-pain.com.pt/). Acedido a Novembro, 5, 2013, em <http://www.change-pain.com.pt/grt-change-pain-portal/159400207.jsp>.
- Robert, M., Steele, R. (Eds). *Handbook of pediatric psychology* (4ª ed.) (171-188). New York: Guilford Press.
- Roth-Isigkeit, A., Thyen, U., Stoven, H., Schwarzenberger, J. & Schumaker, P. (2005). Pain among children and adolescents: Restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics*, 115 (2), 152-162. **DOI:** 10.1542/peds.2005-0465.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*, Série III (3), 15-23.

- Sackett, D., Straus, S., Richardson, W., Rosenberg, W. & Haynes, R. (2000). *Evidence-based medicine: How to practice and teach EBM*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Schechter, N., Berde, C., ed. & Yaster, M. (eds. lit.). (2003). *Pain in infants, children, and adolescents*. (2ª ed). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Silva, A. (2007). “Enfermagem Avançada”: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55 (1-2), 11-20.
- Santos, M. (2001). A criança e o hospital. *Nascer e Crescer*, 10 (2), p.74-77.
- Santos, E. & Fernandes, A. (2004). Prática reflexiva: guia para a reflexão estruturada. *Revista Referência*, (11), 59-62.
- Shah, P., Aliwalas, L. & Shah, V. (2012). Breastfeeding or breast milk for procedural pain in neonates. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 12. **DOI:** 10.1002/14651858.CD004950.pub3.
- Simonse, E., Mulder, P. & Van Beek, R. (2012). Analgesic effect of breast milk versus sucrose for analgesia during heel lance in late preterm infants, *Pediatrics*, 129 (4), 657–663. **DOI:** 10.1542/peds.2011-2173.
- Stevens, B., Yamada, J., Lee, G. & Ohlsson, A. (2013). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, 1-112. **DOI:** 10.1002/14651858.CD001069.pub4.
- Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Turam, T., Basbakkal, Z., & Özbec, S. (2008). Effect of nursing interventions on stressors of parents of premature infants in neonatal intensive care unit. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 2856-2866. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2008.02307.x.
- Twycross, A. & Williams, A. (2013). Pain: A biopsychosocial phenomenon. A. Twycross & S. Dowden. *Managing pain in children: A clinical guide for nurses and healthcare professionals*. (2.ª Ed.) (pp. 41-55). Oxford: John Wiley & Sons, Ltd

- Twycross, A. & Stinson J. (2013). Physical and psychological methods of pain relief in children. In A. Twycross & S. Dowden (Eds.). *Managing pain in children: A clinical guide for nurses and healthcare professionals*. (2.<sup>a</sup> Ed.) (pp.91-111). Oxford: John Wilye & Sons, Ltd.
- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P. & Kisely, S. (2006). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4 (CD005179). **DOI:** 10.1002/14651858.CD005179.pub2.
- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P. & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological Interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (8), 842-854.
- Wang, Z., Sun, L. & Chen, A. (2008). The efficacy of non-pharmacological methods of pain management in school age children receiving venepuncture in a paediatric department: A randomized controlled trial of audiovisual distraction and routine psychological intervention. *Swiss Medical Weekly*, 138 (39-40), 579-584. **DOI:** 2008/39/smw-12224.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Loures: Lusociência. Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. (4.<sup>a</sup> ed.) Boston: Little, Brown and Company.
- Wilson, L. & Kolcaba, K. (2004). Pactical application of comfort theory in the perianesthesia seting. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 19 (3), 164-173.

# Apêndices

---

## **Apêndice1**

Cronograma de Estágios



		ANOS				2012												2013									
		MESES				Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				Março
		DIAS				1	8	15	22	29	5	12	19	26	3*	10	17	20	3	7	14	21	28	4	11	18	25
			5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19	2	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8		
Locais de estágio	Consulta Externa de Pediatria	a)			S/23				S/20				S/18	FÉRIAS NATAL			S/15										
	Unidade de Saúde Familiar	a)			S/23				S/20				S/18				S/15										
	Unidade de Neonatologia	a)			S/23				S/20				S/18				S/15										
	Serviço de Urgência Pediátrica	a)			S/23				S/20				S/18				S/15										
	Serviço de Cardiologia Pediátrica	a)			S/23				S/20				S/18				S/15										
	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica de Cirurgia Cardiorádica	a)			S/23				S/20				S/18				S/15										

**Legenda:**

\* 5 de dezembro - Dia da ESEL    Estágio    Elaboração e apresentação do relatório    S/x    Seminário/dia

a)    Semana de introdução ao estágio (01/10/12) + preparação da experiência com orientação do docente

## **Apêndice 2**

Objetivos, atividades, recursos e critérios de avaliação para cada local  
de estágio

## Consulta Externa de Pediatria

### Objetivos Gerais:

1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista para prestar cuidados especializados às crianças/jovens e famílias, submetidas a procedimentos dolorosos, com recurso a medidas não farmacológicas no controlo da dor;
2. Desenvolver competências para a prestação cuidados de enfermagem gerais e específicos de enfermeiro especialista às crianças/jovens e famílias, aos 3 níveis de prevenção.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Data	Recursos		Critérios de Avaliação
			Humanos	Materiais	
1.1. Desenvolver competências de comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família;</li> <li>• Interação com crianças/jovens de várias idades, de forma a treinar as técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem atendendo ao seu estágio de desenvolvimento e respeitando a sua cultura;</li> <li>• Elaboração de jornal de aprendizagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao longo de todo o período de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ;</li> <li>• Crianças/jovens;</li> <li>• Pais de crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de dados científicas;</li> <li>• Livros e revistas científicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jornal de aprendizagem;</li> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>
1.2. Identificar as reações da criança/jovem face a procedimentos dolorosos nos vários estádios de desenvolvimento e relacionados com os aspetos culturais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre as reações da criança/jovem face a procedimentos dolorosos;</li> <li>• Elaboração de grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando procedimentos dolorosos em crianças/jovens;</li> <li>• Observação de crianças/jovens aquando procedimentos dolorosos;</li> <li>• Registo das observações efetuadas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> semanas de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ;</li> <li>• Crianças/jovens;</li> <li>• Pais das crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de dados científicas;</li> <li>• Livros científicos e revistas científicas;</li> <li>• Folhas de registos de observações.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas de registos de observações;</li> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>

**Apêndice 2 – Objetivos, atividades, recursos e critérios de avaliação para cada local de estágio**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reflexão e análise sobre as atividades realizadas.</li> </ul>				
1.3. Identificar as escalas de avaliação da intensidade da dor mais adequadas a cada estágio de desenvolvimento e situação da criança/jovem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre escalas de avaliação da dor;</li> <li>• Aplicação as escalas de avaliação da dor adequadas para cada estágio de desenvolvimento e situação da criança;</li> <li>• Treino da aplicação das escalas de avaliação da dor em conjunto com enfermeiros especialistas em EESCJ.</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros especialistas em ESIP;</li> <li>• Crianças/ jovens;</li> <li>• Pais das crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas de registo das entrevistas e observações realizadas;</li> <li>• Bases de dados científicas;</li> <li>• Escalas de avaliação da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório das atividades realizadas;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>
1.4. Aprofundar conhecimentos sobre a colheita da história de dor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre história de dor;</li> <li>• Consulta de instrumentos de colheita de história de dor;</li> <li>• Treino de colheita da história de dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao longo de todo o período de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Guião de entrevista semiestruturada a enfermeiros especialistas em ESIP;</li> <li>• Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório final</li> </ul>
1.5. Aprofundar conhecimentos sobre o uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem;</li> <li>• Elaboração de grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando procedimentos dolorosos em crianças/jovens;</li> <li>• Observação da atuação dos enfermeiros face a realização de procedimentos dolorosos;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao longo de todo o período de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ.</li> <li>• Crianças/jovens;</li> <li>• Pais das crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos;</li> <li>• Grelha de observações;</li> <li>• Material lúdico-</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório final.</li> </ul>

**Apêndice 2 – Objetivos, atividades, recursos e critérios de avaliação para cada local de estágio**

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registo das observações efetuadas;</li> <li>• Prestação cuidados de enfermagem a pelo menos 2 lactentes; 2 crianças na 1.<sup>a</sup> infância; 2 crianças na 2.<sup>a</sup> infância; 2 crianças na idade escolar e 2 adolescente, submetidos a procedimentos dolorosos;</li> <li>• Avaliação da intensidade da dor;</li> <li>• Aplicação de medidas não farmacológicas de controlo da dor;</li> <li>• Avaliação da eficácia das medidas não farmacológicas no controlo da dor;</li> <li>• Reflexão sobre atividades e aprendizagens realizadas em conjunto com os enfermeiros.</li> </ul>			pedagógico necessário para a aplicação de medidas não farmacológicas no controlo da dor.	
--	--	--	--	--	--

## Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar

### Objetivo Geral:

1. Desenvolver competências para a prestação cuidados de enfermagem gerais e específicas de enfermeiro especialista às crianças/jovens e famílias, aos 3 níveis de prevenção.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Data	Recursos		Critérios de Avaliação
			Humanos	Materiais	
1.1. Desenvolver competências de comunicação com a criança/jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de pesquisa bibliográfica sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família;</li> <li>Interação com crianças/jovens de várias idades, de forma a treinar as técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem atendendo ao seu estágio de desenvolvimento e respeitando a sua cultura;</li> <li>Registo sobre as interações efetuadas;</li> <li>Reflexão sobre as interações e aprendizagens;</li> <li>Elaboração de jornal de aprendizagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ao longo de todo o período de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeiros EESCJ;</li> <li>Crianças/jovens;</li> <li>Pais de crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Base de dados científicas;</li> <li>Livros e revistas científicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jornal de aprendizagem;</li> <li>Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>Relatório final.</li> </ul>
1.2. Identificar as reações da criança/jovem aquando da vacinação nos vários estádios de desenvolvimento e relacionados com	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realização de pesquisa bibliográfica sobre as reações da criança/jovem face a procedimentos dolorosos;</li> <li>Realização de síntese e análise da evidência científica encontrada;</li> <li>Promoção de momentos de reflexão com enfermeiros especialistas em ESIP;</li> <li>Elaboração de grelha de observação da</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> semanas de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfermeiros EESCJ;</li> <li>Crianças/jovens;</li> <li>Pais das crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bases de dados científicas;</li> <li>Livros científicos e revistas científicas;</li> <li>Folhas de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Folhas de registos de observações;</li> <li>Relatório sobre as atividades realizadas;</li> </ul>

os aspetos culturais;	<p>atuação do enfermeiro a crianças/jovens aquando a vacinação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Observação de crianças/jovens aquando da vacinação;</li> <li>• Registo das observações efetuadas;</li> <li>• Reflexão e análise sobre as atividades realizadas.</li> </ul>			registos de observações.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório final.</li> </ul>
1.3. Aprofundar conhecimentos sobre o uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor;</li> <li>• Aplicação de grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando procedimentos dolorosos em crianças/jovens;</li> <li>• Observação da atuação dos enfermeiros face a realização de procedimentos dolorosos;</li> <li>• Proporcionar momentos de reflexão sobre a prática de cuidados com os enfermeiros;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao longo de todo o período de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ;</li> <li>• Crianças/jovens;</li> <li>• Pais das crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos;</li> <li>• Grelha de observações;</li> <li>• Material lúdico-pedagógico necessário para a aplicação de medidas não farmacológicas no controlo da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Jornal de aprendizagem;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>
1.4. Utilizar medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prestar cuidados de enfermagem a pelo menos 1 lactente; 1 criança na 1.<sup>a</sup> infância; 1 criança na 2.<sup>a</sup> infância; 1 criança na idade escolar e 1 adolescente, submetidos a procedimentos dolorosos;</li> <li>• Planeamento dos cuidados de enfermagem inerentes à situação clínica da criança, entre os quais:</li> <li>• Avaliação da intensidade da dor;</li> <li>• Planeamento de medidas não farmacológicas de controlo da dor, de</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> semanas de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ;</li> <li>• Crianças/jovens;</li> <li>• Pais das crianças.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Material lúdico-pedagógico;</li> <li>• Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>

	<p>acordo as suas características específicas tendo por base a evidência científica;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de medidas não farmacológicas de controlo da dor, de acordo as suas características específicas;</li> <li>• Avaliação da eficácia das medidas não farmacológicas no controlo da dor;</li> <li>• Registo da eficácia das medidas não farmacológicas no controlo da dor;</li> <li>• Reflexão sobre atividades e aprendizagens realizadas.</li> </ul>				
1.5. Promover a saúde e prevenir a doença da criança/jovem.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre: <ul style="list-style-type: none"> <li>- crescimento e desenvolvimento infantil;</li> <li>- vinculação e competências parentais;</li> <li>- segurança infantil;</li> <li>- plano nacional de vacinação;</li> <li>- alimentação infantil;</li> </ul> </li> <li>• Realização da avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem, com recurso aos parâmetros preconizados no programa nacional de saúde infantil e juvenil;</li> <li>• Realização de orientações antecipatórias crianças/jovens e famílias de acordo com os parâmetros preconizados no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 e 3 semanas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros especialistas em ESIP;</li> <li>• Crianças/Jovens;</li> <li>• Pais das crianças/jovens;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de dados científicas;</li> <li>• Livros e revistas científicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jornal de aprendizagem</li> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"><li>• Proporcionar momentos de reflexão sobre a prática de cuidados com os enfermeiros;</li><li>• Elaboração de jornal de aprendizagem.</li><li>• Colaborar com a equipa de enfermagem na elaboração de um documento de sistematização do novo programa nacional de saúde infantil e juvenil (cuidados antecipatórios e parâmetros a avaliar).</li></ul>				
--	--	--	--	--	--

## Unidade de Neonatologia

### Objetivos Gerais:

1. Desenvolver competências no controlo da dor/promoção do conforto no Recém-Nascido (RN) internado na unidade de neonatologia;
2. Desenvolver competências na promoção a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN internado na unidade de neonatologia do CHBM, através do uso do “Método Canguru” (MC).

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Data	Recursos		Critérios de Avaliação
			Humanos	Materiais	
1.1. Identificar o comportamento do RN aquando submetido a procedimentos dolorosos: - punção do calcanhar (diagnóstico precoce de doenças metabólicas); - punção venosa; - intubação nasogástrica;	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre o comportamento do RN aquando procedimentos dolorosos;</li> <li>• Elaboração de grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando procedimentos dolorosos ao RN;</li> <li>• Aplicação da grelha (registo das observações efetuadas);</li> <li>• Reflexão com os enfermeiros sobre a prática de enfermagem;</li> <li>• Consulta do instrumento de avaliação da intensidade da dor utilizado no serviço;</li> <li>• Aplicação da escala de avaliação da intensidade da dor utilizada no serviço.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> semana de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ</li> <li>• RN;</li> <li>• Pais de RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de dados científicas;</li> <li>• Livros científicos e revistas científicas;</li> <li>• Grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando procedimentos dolorosos a RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Folhas de registos de observações;</li> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>

1.2. Aprofundar conhecimentos sobre o uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor no RN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor nos RN;</li> <li>• Consulta das normas de atuação de enfermagem utilizadas no serviço;</li> <li>• Reflexão sobre a prática de cuidados em conjunto com os enfermeiros;</li> <li>• Utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor no RN, aquando procedimentos dolorosos.</li> <li>• Elaboração de jornal de aprendizagem;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao longo de todo o período de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ</li> <li>• RN;</li> <li>• Pais de RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos;</li> <li>• Grelha de observações;</li> <li>• Material lúdico-pedagógico necessário para a aplicação de medidas não farmacológicas no controlo da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Jornal de aprendizagem;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>
2.1. Promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN internado na unidade de neonatologia, utilizando o MC.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre o uso do MC;</li> <li>• Promoção da utilização do MC junto dos pais;</li> <li>• Consulta das normas de atuação sobre o MC existentes no serviço;</li> <li>• Sensibilização e dinamização da equipa de enfermagem sobre as vantagens da utilização do MC;</li> <li>• Refletir sobre a prática de cuidados com os enfermeiros sobre as vantagens do MC;</li> <li>• Realização de jornal de aprendizagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.<sup>a</sup> e 3.<sup>a</sup> semanas de estágio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ</li> <li>• RN;</li> <li>• Pais de RN.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bases de dados científicas;</li> <li>• Livros e revistas científicas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jornal de aprendizagem</li> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>

## Serviço de Urgência Pediátrica

### Objetivos Gerais:

1. Desenvolver competências no controlo da dor/promoção do conforto na criança/jovem em situação de urgência;
2. Desenvolver competências no diagnóstico precoce e intervenção das doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Data	Recursos		Critérios de Avaliação
			Humanos	Materiais	
1.1. Aprofundar conhecimentos sobre o uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem aquando procedimentos dolorosos em situação de urgência.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/jovem;</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre o comportamento da criança/jovem aquando procedimentos dolorosos;</li> <li>• Elaboração de grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando procedimentos dolorosos a crianças/jovens;</li> <li>• Consulta das normas de atuação de enfermagem utilizadas no serviço;</li> <li>• Promoção de momentos de reflexão com os enfermeiros sobre a prática de cuidados;</li> <li>• Colaboração na prestação de cuidados a crianças/jovens durante procedimentos dolorosos, com enfoque na utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ao longo de todo o período de estágio.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ;</li> <li>• Crianças/jovens;</li> <li>• Pais de crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos e normas utilizadas no serviço;</li> <li>• Grelha de observações;</li> <li>• Material lúdico-pedagógico necessário para a aplicação de medidas não farmacológicas no controlo da dor.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>

**Apêndice 2 – Objetivos, atividades, recursos e critérios de avaliação para cada local de estágio**

<p>2.1. Desenvolver competências no âmbito do sistema de triagem em situação de urgência em pediatria.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre os métodos de triagem em pediatria;</li> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica sobre os sinais e sintomas de agravamento do estado de saúde;</li> <li>• Colaboração no sistema de triagem a crianças/jovens (identificação de situações de risco para a criança/jovem e encaminhamento das crianças/jovens doentes para outros profissionais</li> <li>• Elaboração de jornal de aprendizagem;</li> </ul>	<p>• 2.<sup>a</sup>,3.<sup>a</sup> e 4.<sup>a</sup> semanas de estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermeiros EESCJ;</li> <li>• Crianças/jovens;</li> <li>• Pais de crianças/jovens.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos e normas utilizadas no serviço;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relatório sobre as atividades realizadas;</li> <li>•Jornal de aprendizagem;</li> <li>• Relatório final.</li> </ul>
--	---	---	--	--	---

## Serviço de Cardiologia Pediátrica

**Objetivo Geral:** Conhecer as práticas de enfermagem relativamente a preparação psicológica da criança e família para a cirurgia bem como as medidas não farmacológicas no controlo da dor.

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Data	Recursos		Critérios de Avaliação
			Humanos	Materiais	
1.1. Identificar as medidas não farmacológicas no controlo da dor utilizadas pelos enfermeiros aquando procedimentos dolorosos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoção de momentos de reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem;</li> <li>Consulta de normas de atuação de enfermagem no controlo da dor utilizadas no serviço;</li> <li>Observação participante aquando procedimentos dolorosos.</li> <li>Elaboração de reflexão sobre as atividades realizadas.</li> </ul>	Ao longo de todo o estágio.	Equipa de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos e normas utilizadas no serviço;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jornal de aprendizagem;</li> <li>Relatório final.</li> </ul>
1.2. Identificar como é realizada a preparação da criança e família psicológica para a cirurgia cardiorácica.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Promoção de momentos de reflexão sobre a prática de cuidados de enfermagem;</li> <li>Consulta de normas de atuação de enfermagem na preparação psicológica pré-operatória;</li> <li>Observação da preparação psicológica para a cirurgia cardiorácica.</li> <li>Elaboração de reflexão sobre as atividades realizadas.</li> </ul>	Ao longo de todo o estágio.	Equipa de enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos e normas utilizadas no serviço;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Jornal de aprendizagem;</li> <li>Relatório final.</li> </ul>

## Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica de Cirurgia Cardiorácica (UCIPCCT)

**Objetivo Geral:** Promover a utilização de MNF no controlo da dor, na UCIPCCT

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Data	Recursos		Critérios de Avaliação
			Humanos	Materiais	
1.1. Identificar os conhecimentos dos enfermeiros sobre a utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboração de questionário sobre mitos e crenças associados ao uso de medidas não farmacológicas e controlo da dor em pediatria;</li> <li>Aplicação de questionário;</li> </ul>	Janeiro 2013	Equipa de enfermagem UCIPED.	Questionário elaborado	Questionário elaborado; Relatório final.
1.2. Sensibilizar a equipa de enfermagem da para a importância do uso de MNF no controlo da dor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planeamento das ações de formação em serviço:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar as necessidades de formação dos enfermeiros relativamente à utilização de MNF no controlo da dor, através da aplicação de um questionário;</li> </ul> </li> <li>Realização de ações de formação em serviço;</li> <li>Disponibilização evidências científicas sobre o controlo da dor em pediatria para leitura;</li> <li>Reflexão em pequenos grupos sobre a importância de adoção de medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança;</li> </ul>	Janeiro e fevereiro 2013	Equipa de enfermagem  Enfermeiros Peritos	Artigos de investigação  Material necessário para as formações em serviço (computador)  Material lúdico-pedagógico.	Relatório final.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicação de medidas não farmacológicas no controlo da dor, demonstrando a sua eficácia e importância;</li> <li>• Organização de um conjunto de material lúdico-pedagógico usado para a prevenção e alívio da ansiedade/medo/dor “Kit sem dor”</li> <li>• Realização de um questionário, no final do estágio, sobre a motivação da equipa em utilizar medidas não farmacológicas no controlo da dor.</li> </ul>				
1.3. Organizar um <i>dossier</i> com informação para consulta sobre as medidas não farmacológicas no controlo da dor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realização de pesquisa bibliográfica específica;</li> <li>• Compilação da evidência científica atualizada;</li> <li>• Apresentação do <i>dossier</i> à equipa de enfermagem.</li> </ul>	Fevereiro de 2013		Bibliografia consultada em bases de dados científicas e livros científicos	Relatório Final.



## **Apêndice 3**

Jornais de Aprendizagem

## JORNAL DE APRENDIZAGEM

### Consulta Externa de Pediatria

#### **Descrição:**

No âmbito da realização de um penso de uma queimadura, entrou uma adolescente de 14 anos, com a mãe e a sua irmã de 3 anos, de etnia cigana. A realização do penso demorou cerca de 30 minutos, pois era uma extensão grande num braço. Esta criança dirigiu-se à consulta externa de pediatria para retirar os pontos de uma cirurgia resultante de uma queimadura. Já tinha vindo várias vezes à sala de tratamentos e conhecia os profissionais de saúde. Os pontos da sutura estavam localizados em toda a extensão do antebraço e braço, sendo uma sutura em “Z” de linha contínua, pelo que demorou mais tempo. Ao longo da permanência da adolescente a sua irmã mais nova manteve-se bastante irrequieta, chorosa e referia fome. Tinha sinais de congestionamento nasal, apresentava um aspeto global de pouca higiene. A mãe tentava acalmá-la mas com pouco sucesso pois a criança queria mexer em tudo e brincar com os brinquedos que lhe foram prontamente disponibilizados. Contudo, não demonstrava interesse num brinquedo por mais do que alguns minutos, voltando a ficar chorosa e muito irrequieta. A mãe mantinha-a ao colo a tentar distraí-la e ameaçava-a que os enfermeiros lhe davam “picas” se não parasse quieta, ou que havia um cão escondido algures na sala e que a vinha morder se não ficasse quieta. A criança ficava por momentos calma e a tentar ver o que acontecia, mas, rapidamente apercebia-se que nada lhe acontecia e voltava a ficar agitada. Ao longo de todo o tempo de permanência, a mãe, pouco se dirigiu à filha que estava a tirar os pontos. De fato a adolescente manteve-se calma e colaborante nos nossos pedidos, com discurso aparentemente calmo e deixou retirar os pontos sem dificuldade. Apresentava-se pouco comunicativa, tendo permanecido predominantemente em silêncio mas demonstrava estar expectante no que se referia à retirada da sutura. Não teve o apoio da mãe, pois esta dirigiu predominantemente a sua atenção para a filha mais nova.

Ao longo da extração do fio de sutura, os enfermeiros utilizaram estratégias não farmacológicas, a adolescente manteve-se calma e colaborante. As estratégias utilizadas foram o esclarecimento do procedimento, distração através do diálogo,

incentivar a cantar. No final do procedimento foi reforçada a importância da hidratação da pele e da atividade física. Foi feita a avaliação da intensidade da dor, utilizando a escala numérica. A dor foi avaliada com intensidade 2. Ao explicar a escala, surgiu no momento a dúvida se conhecia os números, pois demorou algum tempo a responder. Perguntei-lhe se sabia contar e se tinha compreendido a pergunta. Se por um lado poderia estar a fazer um juízo de valor, por outro poderia estar a exigir da adolescente uma capacidade que poderia não estar desenvolvida, tendo ficado um pouco constrangida.

Na sala de tratamentos encontravam-se 2 enfermeiras e eu, e ao longo do procedimento fomos também conversando com a mãe de forma de perceber quais as necessidades da filha mais nova. A mãe foi desencorajada a ameaçar a filha com uma injeção ou com o cão na sala de tratamentos.

### **Análise:**

Cuidar de uma criança/Jovem e família culturalmente diferente constitui um enorme desafio para o enfermeiro, sendo necessário mobilizar competências que o tornem culturalmente competente. Este deve possuir um conjunto de técnicas e atitudes que lhe permitam compreender as características culturais dos clientes, famílias e comunidade de forma a conseguir uma intervenção eficaz, evitando fazer juízos de valor e tomar atitudes incorretas.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde da criança e do jovem, prestando cuidados especializados, também têm o seu enfoque para esta questão fundamental no cuidado aos seus clientes, promovendo a proteção dos direitos humanos da criança. É de referir que os pais e familiares da criança são a fonte mais relevante para a transferência das tradições de uma geração para outra (Degazon,1999). É primordial atender às características únicas de cada família, no seio de uma sociedade que influencia e se deixa influenciar pelos costumes culturais e religiosos. Tendo em conta que na cultura cigana a educação da criança é feita de forma muito permissiva e dentro das possibilidades económicas da família as crianças possuem o que querem. A família cede tranquilamente aos seus desejos, não fazendo nenhuma pressão para que se comporte de maneira ordenada (Ventura, 2004), este costume poderá dar resposta ao fato de a criança de 3 anos não

obedecer à mãe e querer explorar todo o ambiente da sala de tratamentos, sem se concentrar numa atividade facilmente.

No que se refere ao comportamento da mãe durante o procedimento, nomeadamente à sua atenção centralizada à filha mais nova, descurando o apoio da filha mais velha, importa salientar alguns aspetos que caracterizam a cultura cigana. As crianças ciganas até aos 4 anos são considerados bebés (Moreno, 2004), as jovens ciganas são consideradas precocemente adultas, pelo que, com 14 anos já não são vistas como crianças, mas sim como jovens, podendo casar a partir dos 13 anos. Todavia, apesar de a mãe não se dirigir muito à filha mais velha, acompanhou-a até à sala de tratamentos, cumprindo o seu papel familiar de cuidadora até ao casamento da filha. Segundo Silva (2005), a coesão familiar é determinante na cultura cigana, não no sentido nuclear de pais e filhos, como na sociedade dominante, mas no de um grupo muito mais amplo que abarca pessoas com parentesco e sem ele. A importância da família revela-se nas funções de autoridade, segurança e controlo social. Neste contexto familiar, a individualidade não tem o sentido de entidade independente que lhe atribuem as sociedades modernas.

No que concerne à avaliação da intensidade da dor, ao ser explicada a escala numérica, não validei antecipadamente se ela sabia contar. O que poderia condicionar a compreensão da escala e levaria a uma situação constrangedora para a adolescente. Assumi que de fato uma adolescente de 14 anos saberia contar até 10 e compreendia o significado. Naquele momento perguntei-lhe se conhecia os números e se estava a compreender a escala. Deveria ter validado esta competência e não ter assumido *à priori*, pois é comum as raparigas na cultura cigana não serem escolarizadas, e o analfabetismo é uma realidade.. O afastamento da escola deve ser compreendido à luz da sua cultura, segundo Martins (2007) não devemos descurar a existência de muitas famílias ciganas, ainda analfabetas, que mantêm a perceção da escola e a frequência escolar, não como um meio de desenvolvimento e de formação pessoal e social, mas sim, como uma ameaça aos valores e normas da sua cultura

Relativamente à criança mais nova, a sua apresentação poderia levar a juízos de valor, pois uma criança suja tem uma conotação pejorativa. Porém na cultura cigana há a crença que uma criança limpa é demasiado bela, tornando-se um algo fácil de inveja e mau-olhado. O Enfermeiro especialista deve saber mobilizar um conjunto de informações que contemplem a cultura como fator determinante na vida

dos indivíduos, pois efetivamente a cultura está na base da educação e respostas sociais.

No que concerne à dor, esta também vai ser determinada pela importância que é atribuída pela família, pois a dimensão sociocultural tem um peso importante para a vivência da dor. Batalha (2010) salienta que, parece consensual que a dor é uma, determinada experiência única, individual, determinada pelas experiências pessoais anteriores e padronizada por modelos e valores culturais. Pelo que, senti necessidade de aconselhar a mãe a não ameaçar a filha mais nova, pois a construção da figura da enfermeira teria como base o castigo e dor, sendo prejudicial para a concepção do conceito de dor e cuidados de saúde. O medo e a ansiedade não potenciadores de dor, fato corroborado por Batalha (2010), referindo que manifestações maiores de ansiedade estão mais propensas a receber tratamento farmacológico no pós-operatório.

Neste sentido, é necessário desmistificar a importância dos cuidados de saúde, bem como do papel dos profissionais de saúde, de forma a potenciar uma correta percepção por parte da criança. Se esta for assustada no seio da família, de fato quando experienciar um processo de doença, este estará potenciado de forma negativa e seu impacto será mais negativo para a criança e consequentemente para a família, exigindo dos profissionais um conjunto de estratégias acrescidas para o minimizar. Torna-se essencial que o enfermeiro especialista demonstre competências neste âmbito, de forma a contribuir de forma eficaz e assertiva para a minimização dos efeitos potencialmente negativos associados.

Tendo em conta a importância da comunicação para o cuidar, ao longo de todo o procedimento supra descrito, os enfermeiros necessitaram de mobilizar um conjunto de conhecimentos do foro da comunicação e desenvolvimento cognitivo de forma a prestar um cuidado de qualidade, adequado às características únicas de cada membro da família:

Em relação à adolescente, foram mobilizados conhecimentos sobre o desenvolvimento cognitivo, nomeadamente as teorias do desenvolvimento de Erickson, Freud, Piaget, e Kolberg) e a experiência de dor, nomeadamente, o adolescente compreende as abstrações, precisa de manter a autoestima e controlo (pode não mostrar comportamentos de dor por vergonha), beneficiam com o ensino de técnicas para manter o controlo durante procedimentos; temem perder o controlo durante a experiência dolorosa; acreditam que os profissionais de saúde sabem

quando é necessária a medicação analgésica, pelo que não a pedem (Frank *et al.*, (2000). É de referir que a pesquisa neo-piagetiana sugere que os processos de pensamento do adolescente são mais flexíveis e variados, e está intimamente relacionado ao que eles estão pensando, bem como ao contexto de um problema e aos tipos de informação e pensamento que a cultura considera importantes (Case & Okamoto, 1996; Kuhn, 2006, citados por Papalia, 2009). Nesta situação foi respeitado o silêncio, contudo foi-se explicando todo o procedimento e incentivada a sua participação. Ao pedir-se de cantasse uma música habitual da sua cultura riu-se e “quebrou-se” um pouco o gelo, tendo reduzido a tensão. Toda a comunicação assentou na honestidade, linguagem simples e dirigida para cada um dos elementos da família. O acolhimento foi feito de forma cordial e afável, no sentido de ser mantido um ambiente de calma e boa disposição. O tom de voz amistosa e calma, houve toque entre a enfermeira e a adolescente (mão no ombro). No discurso utilizou-se uma linguagem simples, consentimento da adolescente de forma a podermos continuar o procedimento e validação da presença de dor, foi evocado o nome da adolescente e feito reforço positivo. A expressão facial, denotava um olhar afetoso, sorridente e tranquilidade. O procedimento foi feito com gestos suaves, ao nível da criança (a criança estava sentada e a enfermeira também). Todas as explicações e indicações foram feitas à adolescente. Quando foi explicado como aplicar o creme hidratante em todo o braço, foi explicado posteriormente à mãe.

No que se refere à criança na 1.<sup>a</sup> infância, as mesmas teorias foram mobilizadas, contudo não foram direcionadas para a experiência de dor, mas sim no geral. Foi tomado em consideração que a fase de autonomia *versus* vergonha (Erikson), visivelmente esta criança mostrava a sua independência, separação dos pais, controlo do seu corpo. Fase pré-conceptual (Piaget): utiliza o pensamento representativo para lembrar o passado, representar o presente e prever o futuro, pois mesmo ameaçada ela continua sem obedecer à mãe, ao verificar que não lhe acontece nenhum mal. Exibe pensamento egocêntrico e sincrético. Fase pré-convencional, estadio I (Kolberg): orientada para a punição/obediência e as ações são julgadas em termos de consequências físicas. A mãe foi sempre incluída no procedimento, tendo sido incentivada a distrai-la, contudo não se verificou porque o seu discurso era para a autonomia da filha (falava com a filha mais nova sobre a irmã estar a portar-se bem e que já era crescida, referiu que se a filha chorasse é que lhe estava a doer muito). Apesar do distanciamento a equipa de enfermagem

promoveu a interação entre a família, tentando encontrar estratégias adaptativas e relacionou este comportamento à cultura cigana. A comunidade de étnica cigana está presente na sociedade portuguesa há séculos, e apesar de recorrerem com pouca frequência os serviços de saúde, quando o fazem estamos perante situações com um certo grau de gravidade, o que condiciona os cuidados prestados, aumentando o tempo de cuidados de saúde. O direito à qualidade de cuidados é igual a qualquer outro indivíduo, pelo que os profissionais de saúde devem estar preparados para dar resposta às necessidades acrescidas que esta comunidade necessita. A multiculturalidade é então uma problemática que coloca desafios diários aos profissionais de saúde, em que o acesso e utilização dos serviços devem ser feitos de uma forma estruturada e continuada para que consigam dar resposta às necessidades dos indivíduos culturalmente diferentes (Silva & Martingo, 2007). Cuidar de forma holística significa estar sensível aos aspetos da multiculturalidade, assim é imperativo que o enfermeiro preste cuidados culturalmente competentes, perspetivando como um processo contínuo. Neste sentido, encontra-se inerente a valorização e conhecimento dos valores culturais, crenças e práticas de saúde dos grupos socioeconómicos específicos, na implementação de cuidados de enfermagem de excelência inseridos numa base conceptual de modelos transculturais.

### Referências Bibliográficas:

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: Compreender para mudar*. Lidel – edições técnicas, Lda.
- Degazon, C. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de Grupos, famílias e Indivíduos*. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Moreno, F. (2004). *Etnia cigana: Relação homem - mulher*, Editorial 100, Vila Nova de Gaia, 2004.
- Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O mundo da criança: da infância à adolescência* (11.ª ed.). São Paulo: McGraw-Will;

Silva, L. (2007). *Saúde/doença é questão de cultura: Atitudes e comportamentos de saúde materna das mulheres ciganas em Portugal*. Textype, Artes gráficas, Lda.

Silva, A. & Martingo, C. (2007). Unidades de saúde amigas dos migrantes: Uma resposta ao desafio da multiculturalidade em Portugal, in DIAS, Sónia (org.), *Revista Migrações*, número Temático Imigração e Saúde, 1, 155-159.

Ventura, M. C. S. P. (2004). *A experiência da criança cigana no jardim de infância*. Braga: Universidade do Minho.



## JORNAL DE APRENDIZAGEM

### Cuidados de Saúde Primários – Unidade de Saúde Familiar

Neste jornal de aprendizagem irei refletir sobre o papel do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ) na promoção da saúde e prevenção da doença da criança/jovem no âmbito dos cuidados de saúde primários. Ao longo do presente estágio, alguns assuntos suscitaram mais interesse e pertinência enquanto futura enfermeira EESCJ, nomeadamente, a importância da utilização de um instrumento de avaliação do desenvolvimento, e os critérios para a seleção dos cuidados antecipatórios a abordar nas consultas de saúde infantil e juvenil. É então, em torno dos assuntos supra referidos que o presente jornal de aprendizagem assenta.

Consignado na convenção para os direitos das crianças, está no seu artigo 6.º o direito ao desenvolvimento, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010b), são áreas de atuação particular do enfermeiro EESCJ a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil. A OE (2010a) salienta que os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais, sendo da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem. As consultas de vigilância de saúde infantil assumem uma importância major na promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem. A OE (2010a) relembra que para uma intervenção assertiva na promoção do desenvolvimento do desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança, tendo por base a utilização de um instrumento de avaliação psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.

Tendo em consideração as várias abordagens de avaliação do desenvolvimento infantil, que pude presenciar, de fato a atuação do enfermeiro EESCJ destaca-se de forma positiva pois baseia o seu cuidado tendo em conta um conjunto de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e juvenil, capaz de transmitir segurança à família e simultaneamente detetar fatores de risco. A

utilização sistemática de um instrumento de avaliação permite rastrear de forma abrangente e fiável, possibilitando a deteção precoce de prolemas que poderão condicionar o desenvolvimento e crescimento da criança/jovem, sendo um fator determinante na sua qualidade de vida e bem-estar. Se o enfermeiro não utilizar uma abordagem estruturada na vigilância e rastreio do desenvolvimento, indiscutivelmente, não verificará todos os aspetos podendo não detetar alguma alteração passível de intervenção precoce, minimizando a morbilidade associada às alterações do crescimento e desenvolvimento. Será importante realçar que as principais barreiras à implementação de uma vigilância de saúde infantil com base num instrumento de avaliação é o tempo limitado para a consulta de enfermagem, existindo por vezes pressão por parte dos médicos, a quantidade de crianças em espera e a inexistência de diretrizes específicas para a atuação do enfermeiro na consulta.

O ministério da saúde preconiza a utilização do programa nacional de saúde infantil e juvenil, no sentido da otimização de recursos, promovendo a saúde e prevenindo a doença, a sua utilização promove por sua vez ganhos em saúde. De acordo com o novo programa nacional de saúde infantil e juvenil, a ser implementado em 2013, “pretende-se rentabilizar a ação dos profissionais e desenvolver sinergias nas diferentes equipas (intra e interinstitucionalmente), com as famílias e a própria comunidade, no sentido de assegurar e otimizar a vigilância adequada da saúde das crianças e jovens” (Direção-Geral da Saúde (DGS) 2012, p.8,). Neste sentido, emitiu um conjunto de diretrizes, no âmbito da avaliação e cuidados antecipatórios bastante abrangentes de forma a garantir que os profissionais de saúde tenham a sua disponibilidade informações de forma a detetar precocemente situações de risco para a criança/jovem, bem como promover a saúde. Contudo, na minha opinião, se as equipas não acordarem antecipadamente que aspetos abordar, enfermeiros e médicos acabam por fazer as mesmas perguntas e avaliar os mesmos parâmetros, situação confirmada no presente estágio, em algumas situações, nomeadamente, o enfermeiro especialista segue a avaliação de desenvolvimento de acordo com o instrumento de avaliação preconizado e aborda os cuidados antecipatórios e posteriormente o médico faz exatamente o mesmo. Estamos a duplicar o trabalho e a submeter a criança/jovem e família às mesmas perguntas e avaliações, pelo que, seria importante delinear uma

estratégia multidisciplinar neste âmbito, e definir critérios de atuação do enfermeiro face a cada família.

Uma vez que não está definido que cuidados antecipatórios e que parâmetros a avaliar específicos para o enfermeiro ou médico senti necessidade de refletir sobre os critérios de seleção dos mesmos numa consulta de enfermagem, visto que se incidirmos em todos os cuidados antecipatórios preconizados pela DGS, tendo por base o programa nacional de saúde infantil, a consulta de enfermagem torna-se demorada, sendo que posteriormente também vão à consulta médica. Desta forma, considero que durante a sua consulta o enfermeiro deve se pautar pelo conhecimento prévio que tem da família e da criança/jovem, orientando o seu discurso no sentido de ir ao encontro das suas necessidades mais prementes de cuidados antecipatórios. Neste âmbito gostaria de fazer referência que com demasiada frequência os enfermeiros empregam a expressão “ensinar, fazer os ensinamentos”. Esta expressão deriva da ação do enfermeiro no âmbito da promoção e educação para a saúde e prevenção da doença. Contudo, é fundamental que o enfermeiro capacite a criança/jovem e família com vista à procura de estilos de vida saudáveis, para tal é essencial conhecer a família no sentido da identificação de fatores de risco e estratégias para a resolução de problemas de saúde. É fundamental o conhecimento da família, pois só desta forma se consegue adequar todas as informações e capacitá-la para a adoção de comportamentos promotores de saúde. Uma das dificuldades sentidas durante as consultas foi de fato não conhecer a criança/jovem e família. Orientar a consulta tendo por base à faixa etária importante mas não essencial, pois cada criança/jovem é única e tem o seu ritmo próprio, sendo fundamental perceber a criança/jovem no seio da família e sociedade. Apesar de todas as crianças experimentarem processos universais de desenvolvimento, há também as diferenças individuais (Papalia, 2009). No entanto, o desenvolvimento de uma criança é multidimensional, sendo determinado por vários, nomeadamente, fatores biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais. A sua idade cronológica é apenas mais um determinante do seu desenvolvimento e crescimento. O enfermeiro especialista deve conhecer todos esses fatores determinantes de forma a avaliar o desenvolvimento da criança/jovem tendo por base os aspetos promotores ou inibidores, no sentido de capacitar a criança/jovem e família para a adoção de comportamentos promotores de saúde. Neste âmbito, é fundamental que a criança/jovem e família confiem no profissional

de saúde, caso contrário a informação não é valorizada e não se obtém de fato uma relação de ajuda e de confiança. A OE (2010a) faz referência que o enfermeiro deverá ter a capacidade de fomentar a aliança parental através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, sabendo ouvir e atribuir a importância devida aos seus conhecimentos e experiência. Ao longo do período de estágio pude confirmar a importância de conhecer a criança/jovem e a sua família, nomeadamente na adequação da informação fornecida. Pude constatar que as orientações antecipatórias eram dirigidas tendo em conta as características únicas de cada criança/jovem e família, pois no final da consulta, por vezes questionava porque não foi abordado ou aprofundado determinado assunto, sendo que a enfermeira justificava-se que era um assunto que já tinha sido abordado e discutido e que a família já tinha competências ou que não estava interessada em explorar. Um exemplo foi uma mãe que foi à consulta de um mês com a filha, a bebé estava a ser alimentada com leite materno e leite artificial. Foram avaliados o peso, perímetro cefálico e comprimento e feitos os cuidados antecipatórios previstos para aquela consulta. Contudo, considerei que o assunto da alimentação não foi explorado por completo, pois a enfermeira quase não o abordou, tendo apenas confirmado que estava ainda a alimentar a filha com leite materno. A mãe refere que está a alimentar a filha com leite materno e também leite artificial e a enfermeira não explora as causas de já ter introduzido o leite artificial, não incentiva o aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, mencionando as vantagens para o bebé, mãe e família, não alerta para os riscos da introdução do leite artificial, não questiona a mãe se tem alguma dificuldade na amamentação. Após a consulta questionei a abordagem da enfermeira, referindo que considerava que tinha faltado explorar a causa da introdução do leite artificial e promoção do aleitamento materno. A enfermeira referiu que já conhecia esta mãe desde a preparação para o parto e ela sabia *à priori* que ia introduzir o leite artificial pois o pediatra particular recomendava, pelo que, não ia insistir mais em promover o aleitamento materno exclusivo. Considero que o conhecimento sobre as características e necessidades individuais é fundamental no cuidar em enfermagem, contudo neste caso, e tendo em conta que é da competência do enfermeiro EESCJ a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (OE, 2010b), sendo que o aleitamento materno exclusivo é a melhor forma de alimentar o lactente até aos 6 meses, a enfermeira deveria de, pelo menos, ter lembrado a sua disponibilidade para apoiar na resolução de problemas e focar

uma vez mais as vantagens do aleitamento materno. Compete aos profissionais de saúde dos serviços materno infantis liderar um processo para manter ou restabelecer se necessário, uma cultura do aleitamento materno. A proteção, a promoção e o suporte ao aleitamento materno tornam-se assim uma prioridade de saúde pública, neste sentido a DGS, nomeadamente, no programa de Saúde Sexual e Reprodutiva, no qual atribui um lugar de destaque ao aleitamento materno e vem também referido como indicador no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2004-2010, enfatizando assim a importância desta problemática. O enfermeiro EESCJ deverá saber gerir os seus conhecimentos de forma a garantir a qualidade de cuidados, promover a confiança e relação de ajuda com as famílias, no entanto, o superior interesse da criança deverá estar na base da nossa atuação, neste âmbito, também é importante ter em conta que as baixas taxas de aleitamento materno ou a sua cessação precoce têm importantes implicações desfavoráveis para a saúde e estrutura social da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente, resultando num aumento das despesas para o serviço nacional de saúde, bem como no aumento das desigualdades em saúde.

No que concerne à promoção de uma alimentação saudável, gostaria de salientar a importância da correta avaliação do Índice de Massa Corporal (IMC). Efetivamente, maioritariamente uma das primeiras coisas que o enfermeiro diz à criança/jovem é para se despir, ir para a balança e pesar-se, de seguida mede a criança. Com os valores do peso e da altura, o enfermeiro consegue determinar o valor de IMC, sendo uma referência que determina toda a sua abordagem no que diz respeito é promoção de hábitos alimentares saudáveis. Gostaria de refletir sobre uma situação que aconteceu com uma criança de 2 anos. Durante a consulta de vigilância de saúde infantil a enfermeira ao pesar a criança comentou “o “João” está um pouco gordinho!” A mãe ficou ansiosa e fez uma série de perguntas, a enfermeira foi fazendo algumas perguntas sobre os hábitos alimentares do João, verificando um consumo excessivo de sumos e talvez de excesso de refeições, pois cada vez que a criança pedia para comer a mãe dava-lhe algo e bebia sumo a quase todas as refeições. A enfermeira foi dando algumas indicações sobre o que poderia modificar na alimentação da criança. Notou-se que a mãe não estava a acreditar que o filho estava com excesso de peso pois não via mal na alimentação do filho, e estava cada vez mais ansiosa e a perguntar se o filho estava obeso. Nesta consulta a enfermeira não teve um discurso confiante, nem mostrou de início

as curvas de percentil de peso e estatura, nem o IMC. Só apenas no final é que ela diz que afinal a criança está bem, e mostra o boletim de saúde infantil e juvenil. Considero que a enfermeira teve uma postura pouco assertiva pois de início deu uma série de indicações, mas pouco fundamentadas e dirigidas, não demonstrando a sua importância, fato que deixou a mãe mais ansiosa, sendo que no final acaba por se contradizer. Após terminar a consulta eu fiquei curiosa por saber qual o IMC da criança e perguntei à enfermeira, ao que ela me respondeu que não tinha feito pois não tinha sistema informático. Atendendo que o IMC é uma formula matemática e bastava uma calculadora, fizemos o cálculo e fomos verificar num boletim individual de saúde infantil, o valor foi de 18,92, ou seja > 90% ou seja excesso de peso. Nessa altura referi que aquela mãe deveria de ter sido elucidada sobre os riscos do excesso de peso desde a infância e ter sido estabelecido um plano alimentar adequado à criança e à família. Em situação de excesso de peso instalada, é importante efetuar uma avaliação, quer dos fatores de risco de saúde, quer dos fatores de risco comportamentais que conduziram a esta situação de excesso peso. A enfermeira apenas respondeu que notou a ansiedade da mãe sobre o assunto do peso.

É fundamental que os enfermeiros saibam utilizar os recursos que tem disponíveis, pesar e medir não basta, temos de interpretar valores e planear estratégias adequadas às características de cada criança/jovem e família. De acordo com Fragoso & Vieira (2006) quando a obesidade surge na infância, geralmente persiste até à idade adulta e associa-se a um maior aumento do número de adipócitos durante os períodos críticos do desenvolvimento do tecido adiposo. A obesidade é considerada pela Organização Mundial de Saúde como a epidemia do século XXI e Portugal apresenta um dos valores mais altos de prevalência obesidade infantil (Rito *et al.*, 2010). O enfermeiro especialista, inserido numa equipa multidisciplinar, tem um papel preponderante na prevenção e adequação de intervenções autónomas que visem contribuir para a diminuição deste fenómeno. O enfermeiro especialista assume um papel preponderante na prevenção e tratamento da obesidade infantil, uma vez que a sua atuação precoce reduzirá as taxas de morbilidade e mortalidade associadas a este fenómeno, contribuindo para ganhos em saúde. O grande enfoque do enfermeiro especialista, encontra-se na mudança de estilos de vida, nomeadamente, hábitos alimentares e atividade física e hábitos sedentários. A especificidade do enfermeiro no que respeita à relação interpessoal

que estabelece com a criança/jovem e família vai contribuir para mudanças comportamentais e aquisição de novos hábitos, sendo necessário uma avaliação rigorosa da criança/jovem, fator essencial para uma intervenção individualizada.

Sobre a valorização da atuação do enfermeiro durante as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, gostaria de apresentar uma situação que foi para mim constrangedora, e que posteriormente tive oportunidade de constatar que com alguma frequência acontecia. Durante uma consulta de vigilância de saúde infantil de uma criança de 7 anos, enquanto o enfermeiro estava a fazer as orientações antecipatórias a médica de família entrou e manteve-se durante quase toda a consulta a falar com o pai da criança em paralelo, sobre assuntos circunstanciais. Naquele momento, apesar de estar concentrada na conversa com a criança e a sua mãe, inevitavelmente distraia-me pois mesmo ao lado estava o pai e a médica a conversarem sem terem o mínimo cuidado com o tom de voz, não demonstrando interesse nem respeito pela consulta de enfermagem. No final da consulta refleti com a enfermeira sobre o assunto, ao que ela me respondeu que era comum aquela médica interromper a consulta de enfermagem. É então importante que os enfermeiros demonstrem a importância do seu papel no seio da equipa multidisciplinar, apresentando de forma clara os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, pois as crianças/jovens não vão à consulta de enfermagem, prévia, à consulta médica, apenas para pesar e medir. A OE (2012) reforça através dos padrões de qualidade que o enfermeiro tem uma ação determinante na promoção da saúde, prevenção de complicações e no bem-estar e autocuidado. Neste sentido, as consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil são oportunidades para promover estilos de vida saudáveis através do fornecimento de informação que proporcione novas aprendizagens, capacitando a criança/jovem e família para a adoção de estilos de vida saudáveis.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Fragoso, I., Vieira, F. (2006). *Morfologia e crescimento*. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- EU. (2008). *Project on Promotion of Breastfeeding in Europe. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action (revised)*. European Commission, Directorate Public Health and Risk Assessment. Luxembourg.
- Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Série I, 1 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2009). *O mundo da criança: da infância à adolescência*. 11ª ed. São Paulo: McGraw-Will.
- Rito, A., Paixão, E., Carvalho, M. & Ramos, C. (2011). *Childhood Obesity Surveillance Initiative: COSI Portugal 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, IP.



## JORNAL DE APRENDIZAGEM

### Unidade de Neonatologia

Neste jornal de aprendizagem vou refletir sobre a importância do Método Canguru (MC) enquanto MNF em neonatologia, bem como sobre a importância da adequação dos serviços de saúde, nomeadamente, espaços físicos, técnicas e profissionais de saúde, às reais necessidades das famílias e seus bebés.

No presente estágio de neonatologia tive oportunidade de acompanhar o internamento de um bebé que nasceu de 36 semanas com restrição do crescimento intrauterino com 1,200kg. Gostaria de salientar dois momentos que foram para mim mais marcantes, nomeadamente, o facto da mãe recusar praticar o método canguru e a realização de um procedimento doloroso aquando da amamentação.

Durante o internamento do bebé já mencionado, a mãe acompanhava o seu filho durante longos períodos, sendo desde cedo incentivada a praticar o MC. A mãe aderiu ao método, sendo um momento de grande satisfação e alegria, contudo, quando o bebé foi transferido para uma incubadora em que a mãe não tinha tanta privacidade, foi demonstrando cada vez menos interesse em praticar este método. O bebé era então colocado vestido sob o peito da mãe que estava também vestida. Quando a equipa de enfermagem verificou a mudança de atitude da mãe, foi-lhe dito que poderia vestir uma bata e que ficaria tapada, no entanto, a mãe sorria mas não aceitava. A equipa de enfermagem comentou nas passagens de turno o que aconteceu mas não fez mais nada para ajudar a mãe a voltar a praticar o MC.

O MC é atualmente uma prática comum em unidades de neonatologia e as suas vantagens são reconhecidas cientificamente. Vários estudos evidenciam que o MC, além de outras vantagens, reduz a mortalidade e morbilidade, bem como o tempo de internamento, promove o aumento do peso corporal e crescimento (Dodd, 2005; Gregson & Blaker, 2011; Ghavane, *et al.*, 2012; Conde-Agudelo, Belizán & Diaz-Rossello, 2011); promove o aleitamento materno (Ghavane, *et al.*, 2012; Ahmed & Sands, 2010; Almeida, Venâncio, Sanches & Onuki, 2010); e a vinculação entre pais-bebé (Conde-Agudelo, Belizán & Diaz-Rossello, 2011; Hunt, 2008; Gathwala, Dingh & Balhara, 2008; inerente a todos os benefícios encontra-se a diminuição dos gastos em saúde devido à redução do tempo de internamento e de

cuidados de enfermagem. Assim, os enfermeiros para além de sensibilizarem as famílias para a utilização deste método, utilizando evidência científica atualizada e credível, necessitam de proporcionar condições físicas para o poderem praticar, pois é algo que expõe o corpo podendo ser constrangedor e inibidor, condicionando a sua utilização. Sendo um momento de grande cumplicidade e intimidade, as estruturas físicas dos serviços deveriam garantir a privacidade e tranquilidade necessárias, o que nem sempre se verifica. Atendendo às limitações do espaço físico da unidade onde efetuei o meu estágio, considero que seria pertinente a equipa de enfermagem refletir sobre as suas práticas de cuidados no sentido de dar resposta às necessidades das famílias. O enfermeiro especialista deverá assumir um lugar de liderança reivindicando o direito aos melhores cuidados, direito esse, presente na carta dos direitos da criança hospitalizada, artigo n.º 7. Desta forma, considero que algumas estratégias poderiam ser adotadas de forma a proporcionar mais condições para uma maior privacidade das famílias, nomeadamente a colocação de cortinas ou biombos. O problema da privacidade das mães foi discutido pela equipa de enfermagem, no entanto, a mudança de práticas é algo que não é fácil instituir, sendo fundamental o envolvimento de todos os enfermeiros, incluindo os elementos responsáveis pela gestão.

Após reflexão sobre a aplicabilidade do MC na unidade de neonatologia, a equipa de enfermagem concluiu que este estava um pouco esquecido e que o meu estágio seria benéfico para sensibilizar a equipa para a sua importância, desta forma, senti que poderia ser um elo dinamizador, contribuindo assim para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Ao longo do meu estágio, procurei aumentar o número de pais que praticavam o MC e sensibilizar os enfermeiros para este método através de evidência científica atual sobre os seus benefícios. No que concerne aos benefícios no controlo da dor do MC, verifiquei que não era prática comum utilizarem sistematicamente este método aquando procedimentos dolorosos, pelo que, ao longo do estágio reuni evidência científica pertinente e apresentei-a à equipa de enfermagem, tendo disponibilizado um documento em suporte digital e papel. Penso que os enfermeiros ficaram mais sensíveis para a utilização sistemática do método canguru de uma forma geral, e em específico aquando procedimentos dolorosos.

O segundo aspeto sobre o qual gostaria de refletir é a utilização da amamentação no controlo da dor no RN. Numa manhã de estágio, o bebé

anteriormente referido, tinha de ser puncionado para a realização do teste de *Guthrie*. Foi combinado com a enfermeira orientadora do estágio que gostaria de puncionar o bebé quando este estivesse a realizar MC ou quando estivesse a ser amamentado, no sentido de confirmar a evidência científica destes dos métodos de controlo da dor nos RN. A mãe foi então informada do procedimento e foi-lhe explicado as vantagens no controlo da dor se fosse realizado aquando do MC ou amamentação. A mãe concordou em fazer o procedimento aquando da amamentação. Durante a manhã este procedimento foi sendo adiado por vários motivos, até que cerca das 13h, foi realizado, mas o bebé tinha acabado de ser alimentado há cerca de 15 min e tinha estado ao colo da mãe (na posição do MC mas por cima da roupa) há mais de 1h. A enfermeira antecipou-se e disse “então vamos colocá-lo à mama e fazer o teste”. Uma vez que este bebé ainda não estava totalmente adaptado à mama e naquele momento já tinha sido alimentado, não seria a melhor opção pois não estava predisposto para fazer uma boa pega e estar efetivamente a mamar enquanto se faria o procedimento, contudo o bebé foi colocado à mama e foi realizado o procedimento. Durante a punção do calcanhar o bebé choramingou na punção mas rapidamente procurou a mama e tentou acalmar-se. A mãe aconchegou-o e falou com ele, o bebé acalmou-se com relativa facilidade, tendo ficado adormecido após o procedimento. Desta forma, ainda que com alguns constrangimentos, conseguiu-se verificar a eficácia do aleitamento materno e contacto pele a pele no controlo da dor, tal como nos indicam vários estudos, nomeadamente, Chermont, Falcão, Silva, & Guinsburg (2009) refere que o contacto pele a pele de cerca de 10 a 15 minutos antes de um procedimento doloroso e durante (punção do calcanhar), reduz o choro, a agitação e a frequência cardíaca - reduz a dor, pela libertação de opióides endógenos. O aleitamento materno tem um efeito idêntico ao efeito da sacarose em procedimentos ligeiramente/moderadamente dolorosos (punção calcanhar/ punção venosa periférica) (Shah, Aliwalas & Shah, 2009); Ao aliarmos o aleitamento materno ao contacto pele a pele, potencia-se o efeito analgésico (Shah, Aliwalas & Shah, 2009; Chermont, Falcão, Silva, & Guinsburg, (2009);

De referir que sobre esta prática será importante ter em atenção os sentimentos das mães, pois podem experienciar stresse por estarem tão diretamente envolvidas. Neste âmbito Fernandes (2010), salienta que as mães apreciam o contacto pele-a-pele durante o procedimento doloroso e sentem o seu

papel parental reforçado por poderem participar no alívio da dor do seu bebé. Neste caso específico verificou-se que o planeamento dos cuidados poderia ter sido mais adequado às necessidades do bebé e mãe, uma vez que se o bebé tivesse com fome teria mais benefício pois a sua disponibilidade para a estar a ser amamentado seria maior. O enfermeiro deve então planear os seus cuidados tendo em consideração diversas variantes, sendo a principal o bem-estar dos doentes, uma vez que determinados procedimentos, se forem realizados no momento certo, poderão fazer toda a diferença no que respeita aos resultados. Considero que a atitude dos enfermeiros perante este tema ainda é conservadora pois apesar de saberem as vantagens perante o controlo da dor não aplicam esta medida de forma sistemática, existindo alguns mitos e reservas devido ao stresse da mãe e posicionamentos do bebé.

Em suma, é fundamental que cada vez mais os enfermeiros valorizem o seu trabalho autónomo, e o uso do MC e aleitamento materno no controlo da dor inscreve-se a inteiramente nas competências do enfermeiro, sendo responsabilidade do enfermeiro especialista a sensibilização e dinamização de toda a equipa para a aplicabilidade destes métodos. O uso da prática baseada na evidência científica é essencial para demonstrar uma prática de cuidados credível e de qualidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, A., Sands, L. (2010). Effect of pre and postdischarge interventions on breastfeeding outcomes and weight gain among premature infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 39 (1), 53-63. **DOI:** 10.1111/j.1552-6909.2009.01088.x.
- Almeida, H., Venâncio, S., Sanches, M., Onuki, D. (2010). The impact of kangaroo care on exclusive breastfeeding in low birth weight newborns. *Jornal de Pediatria*, (86), 250-253.
- Chermont, A., Falcão, L., Silva, E. & Guinsburg, R. (2009). Skin-to-skin contact and/or oral 25% for procedural pain relieve for term newborn infants. *Pediatrics*, 124 (6), e1101-e1107. **DOI:** 10.1542/peds.2009-0993.

Conde-Agudelo A, Belizán JM, Diaz-Rossello J. (2011). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants (Review). *The Cochrane Library*, Issue 3, I-73. DOI: 10.1002/14651858.CD002771.pub2.

Dodd, V. (2005). Implications of kangaroo care for growth and development in preterm infants. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34 (2), 218- 32. DOI: 10.1177/0884217505274698.

Gregson, S. (2011). Kangaroo care in pre-term or low birth weight babies in a postnatal ward. *British Journal of Midwifery*, 19, Issue 9, 568-577.

Gathwala,G., Singh, B., Balhara. B. (2008). KMC facilitates mother baby attachment in low birth weight infants. *Indian Journal of Pediatrics*, 75 (1), 43-47.

Ghavane, S., Murki ,S., Subramanian, S., Gaddam, P., Kandraju H., Thumalla, S. (2012). Kangaroo Mother Care in Kangaroo ward for improving the growth and breastfeeding outcomes when reaching term gestational age in very low birth weight infants. *Acta Paediatrica*, 101 (12), e545-e549. DOI: 10.1111/apa.12023.

Hunt, F. (2008). The importance of kangaroo care on infant oxygen saturation levels and bonding. *Journal of Neonatal Nursing*, 14 (2), 47-51.

Shah P., Aliwalas L, Shah V. (2009). Breastfeeding or breastmilk for procedural pain in neonates. (Cochrane Review). *The Cochrane Library*, Issue 4, i-41. DOI: 10.1002/14651858.CD004950.pub3

## JORNAL DE APRENDIZAGEM

### Serviço de Urgência Pediátrica

O estágio no serviço de urgência foi um estágio bastante esperado, principalmente porque não tive anteriormente experiência neste contexto de cuidados. Neste jornal de aprendizagem gostaria de refletir sobre o papel do enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (EESCJ) no momento da triagem, para tal irei fazer referência a alguns episódios que constituíram motivo de reflexão.

Após algumas horas de triagem em que a afluência era elevada verificamos a existência de um recém-nascido há cerca de 30 minutos na sala de espera, antes de ser efetuada a triagem, a enfermeira tentou com a maior brevidade possível triar todas as crianças que ainda se encontravam à frente deste recém-nascido. Quando o bebé foi chamado, a mãe vinha calmamente e trazia o filho no carrinho, a enfermeira pediu imediatamente para lhe mostrar o bebé, e foi quando vimos um bebé a dormir, muito pálido e cianosado, naquele momento pensei que o bebé estivesse morto. Rapidamente o bebé foi retirado do carrinho e estimulado, sem reação, foi levado para a sala de reanimação. Fui com a enfermeira para a sala de reanimação e durante alguns minutos procedeu-se a manobras de suporte avançado de vida, com sucesso. Ao final de alguns minutos, lembrei-me que a mãe tinha ficado na sala de triagem sozinha, saí da sala de reanimação e dirigi-me à mãe, esta encontrava-se na sala de triagem a chorar. Tentei acalmá-la dizendo que o bebé estava a ser tratado mas que iria ficar internado, perguntei se tinha alguém a quem quisesse telefonar para lhe dar apoio. A Mãe encontrava-se visivelmente assutada, com sentimento de culpa por não ter notado que o filho estava assim tão mal. Reforcei que fez bem em trazê-lo até ao serviço de urgência, e que estávamos a fazer tudo ao nosso alcance para o ajudar e assim que fosse possível, iria para junto do bebé.

Sobre a situação descrita anteriormente será importante refletir sobre vários aspetos, nomeadamente, a afluência indiscriminada ao serviço de urgência que condiciona os tempos de espera para a triagem, que preferencialmente deveriam de ser de poucos minutos. Refiro-me a afluência indiscriminada dado que grande parte

das crianças que recorrem ao serviço de urgência poderia ser observada em contexto de cuidados de saúde primários, pois não tinham critérios de urgência. Contudo, para que as famílias recorram aos cuidados de saúde primários é necessário que estes consigam dar resposta em tempo útil às necessidades dos utentes, o que por vezes não acontece por falta de recursos humanos e materiais. É também fundamental que os pais ou cuidadores próximos sejam capacitados para reconhecer sinais de gravidade no estado de saúde da criança, de forma a conseguir dar resposta ou/ou solicitar uma resposta dos serviços de saúde adequados. Sobre este aspeto, cabe-me fazer referência às orientações da Direção-Geral da Saúde presentes no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2012) no que diz respeito aos sinais/sintomas de alerta, é certo que este item faz parte dos cuidados antecipatórios, mas nunca me fez tanto sentido como naquele dia, reforçar a importância do reconhecimento de tais sinais. Os enfermeiros EESCJ devem priorizar a transmissão da informação nos cuidados antecipatórios, nunca descurando aspetos essenciais, e estes sintomas/sinais de alerta e medidas associadas devem ser considerados e valorizados como prioritários desde a primeira consulta de vida do bebé.

No que concerne ao apoio dos pais, face a uma situação de reanimação, é de extrema importância que a equipa de enfermagem esteja atenta, principalmente o enfermeiro especialista em saúde infantil, que cuida atendendo à inevitabilidade de encarar a criança/família como binómio inseparável na conceção de cuidados. Assim, os cuidados centrados na família, incluem o apoio aos pais, estes aspetos fazem a diferença na forma como a família vivencia o seu processo de doença, podendo ser um marco bastante importante no estabelecimento da relação de ajuda com os pais, influenciando todo o internamento. Diogo (2012), salienta que esta filosofia de cuidados reflete, a preocupação dos profissionais de saúde em minorar as consequências negativas da experiência da hospitalização. Sobre este assunto Mano (2012), reforça que esta forma de trabalhar em Pediatria construída na base da negociação, capacita a família para o processo de cuidados e para a tomada de decisão, promovendo uma relação terapêutica assente na confiança e respeito mútuos.

Depois deste episódio passei a estar mais atenta ao número de crianças que estavam à espera para a triagem, bem como as idades, pois os RN, devido às suas características, poderão estar mais em risco do que crianças de outras faixas

etárias. O enfermeiro que está no posto da triagem deve então ser um elemento com experiência, bom comunicador e ter uma grande capacidade gerir o stresse, sabendo dar resposta às necessidades de cada criança doente e sua família.

Outro aspeto que gostaria de abordar é sobre a avaliação da dor no serviço de urgência, nomeadamente, na sala de triagem. Ao longo do meu estágio na sala de triagem pude verificar que a intensidade de dor não era avaliada, espeto que me preocupou, fiz então algumas tentativas de avaliação da dor em determinadas crianças, no entanto, devido a minha inexperiência e complexidade demorava sempre mais tempo que o preconizado. Ao refletir com a enfermeira orientadora e restantes elementos da equipa de enfermagem sobre este assunto, pude constatar que a avaliação da dor não é uma prioridade para a equipa de enfermagem, assim, a dor é identificada mas não é avaliada de forma objetiva a equipa refere que a avaliação da intensidade da dor de acordo com as escalas validadas para o efeito impossibilita o tempo adequado para a triagem, não sendo a avaliação da dor o objetivo da triagem, pelo que, não a realizam de forma sistemática. Na minha opinião, a não avaliação de dor condiciona o tratamento adequado, reduzindo a qualidade nos cuidados. Segundo Batalha (2010), a não quantificação da dor impede uma avaliação das necessidades de intervenção ou eficácia dos tratamentos. Atendendo que a triagem é para primeiro local onde os doentes contactam com um profissional de saúde e o tempo decorrido entre a triagem e a observação médica poderá demorar algumas horas, será essencial que o enfermeiro da triagem consiga determinar com eficácia a necessidade de tratamento, e isso só se consegue e prestarmos cuidados objetivos com base em evidência e não com base no nosso senso comum ou em percepções. Diversos estudos indicam a importância do controlo da dor no serviço de urgência, nomeadamente, a partir da triagem, advogando protocolos de atuação perante os diversos níveis de intensidade de dor (Gourde & Damian, 2012; Crocker *et al.*, 2012; Corwin *et al.*, 2012).

Tendo em consideração que algumas crianças recorrem ao serviço de urgência devido a dor, sendo esta a principal queixa, não me faz sentido não avaliar a sua intensidade, considero que perante estas crianças seria essencial ter uma avaliação objetiva, só desta forma podemos adequar o tratamento e avaliar a eficácia dos nossos cuidados. O meu ponto de vista foi exposto à enfermeira chefe e equipa de enfermagem, no entanto, a sua atitude foi conservadora. Considero que enquanto os enfermeiros não valorizarem a dor como um sinal vital com a mesma



importância de outros sinais não temos a qualidade nos cuidados que desejaríamos e tal como é preconizado pela Organização Mundial da Saúde, Direção-Geral da saúde, e administrações hospitalares. Será impensável que uma criança que refere dispneia sair da sala de triagem sem um valor de saturação periférica de oxigénio, (independentemente do tempo que demore a avaliar), mas todos aceitam que uma criança que refere dor, não tenha um valor da sua intensidade. A complexidade e subjetividade da dor são conceitos amplamente reconhecidos sendo que está cientificamente comprovada o benefício de uma correta e objetiva avaliação, contudo os profissionais de saúde necessitam de quebrar alguns mitos e crenças para que consigam efetivamente respeitar os princípios do controlo da dor, melhorando assim a qualidade dos seus cuidados neste âmbito.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel – edições técnicas, lda.
- Corwin, D. Kessler, D., Auerbach, M., Liang, A. & Kristinsson, G. (2012). An intervention to improve pain management in the pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care*, 28 (6), p. 524-528. **DOI:**10.1097/PEC.0b013e3182587d27.
- Crocker, P., Higginbotham, E., King, B., Taylor, D., & Milling, T. (2012). Comprehensive pain management protocol reduces children's memory of pain at discharge from the pediatric ED. *American Journal Of Emergency Medicine*, 30 (6), 861-871. **DOI:**10.1016/j.ajem.2011.05.030.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: um processo de metamorfose da experiência emocional no acto de cuidar*. Loures: Lusociência - edições técnicas e científicas.
- Gourde, J., & Damian, F. (2012). ED fracture pain management in children. *Journal of Emergency Nursing: JEN: Official Publication of The Emergency Department Nurses Association*, 38(1), 91-97. **DOI:**10.1016/j.jen.2011.03.002.
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas. Predisposições dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, 8, p. 53-61.

## JORNAL DE APRENDIZAGEM

### Serviço de Cardiologia Pediátrica

#### **Descrição:**

No presente jornal de aprendizagem irei aprofundar a seguinte temática: abordagem do enfermeiro EESCJ face às reações da criança aquando um procedimento doloroso.

Neste estágio, tive a oportunidade de interagir com crianças que já tinha contactado previamente, pois o serviço de cardiologia pediátrica recebe as crianças que são submetidas a cirurgia no serviço onde presto cuidados. Naquele dia, uma menina de 6 anos foi ao serviço para colher sangue, na sequência do *follow-up* de transplante cardíaco. A Maria chegou ao serviço sorridente, comunicativa, na companhia da mãe. Cumprimentou os profissionais de saúde com beijos e abraços e estávamos todos felizes por vê-la tão crescida e bem-humorada. Dirigimo-nos para a sala onde se efetuam os procedimentos dolorosos e quando a criança se sentou para conversarmos sobre o que iríamos fazer (colocar Emla® para posteriormente colher sangue) ela começou a chorar. Perguntámos de imediato o porquê de estar a chorar, mas a menina não respondeu, apenas chorava com bastante intensidade, a mãe tentava também perceber o que se passava, pois em situações anteriores a Maria sempre se manteve calma, não demonstrando medo de ser puncionada. Uma vez que a menina não respondia à pergunta aberta, passámos a fazer perguntas fechadas, como por exemplo: “tens medo da dor?”, ao que a Maria respondeu que não, mas não dizia por que estava a chorar. Após várias tentativas para acalmar a menina, mas com pouco sucesso, acabamos por colocar o Emla®, explicando a sua ação e encaminhamo-la para a sala das atividades com a sua mãe. Enquanto a Maria esperava na sala de atividades eu tentei descobrir a causa da reação da criança. Algo novo, pois a menina geralmente colaborava nos procedimentos, mantinha-se aparentemente calma e bem-disposta. Através da brincadeira a menina revelou que estava com medo que ficasse novamente internada no hospital.

Quando a Maria refere que tem medo de ficar internada, por momentos pensei, e agora como dizer a uma criança de 6 anos para ter esperança, pensamento positivo e tentar se abstrair, não pensando no assunto? Contudo, a

hipótese de internamento era reduzida, pois a Maria, não recorreu ao hospital com sintomas de doença, mais sim apenas para um controlo de rotina. Então disse-lhe que apenas ia fazer as análises para ver se os medicamentos estavam todos bem ou se tínhamos de alterá-los. Perguntei-lhe se se sentia doente ao que ela me respondeu que não, então disse-lhe: “vamos então esperar pelos resultados e quando menos esperares já estás de volta a casa”, a menina sorriu e continuou a brincar.

### **Análise:**

A doença crónica transfere para a vida de quem a possui a necessidade de cuidados de saúde permanentes, conferindo assim alterações no seu estilo de vida e qualidade de vida. O transplante cardíaco insere-se na doença crónica, impondo na vida dos transplantados um conjunto de importantes mudanças. As idas ao hospital são uma constante nos primeiros meses de alta, pois o controlo analítico é essencial para o ajuste terapêutico. A imunossupressão é uma realidade central na vida de um doente transplantado, condicionando toda a sua vida. Esta “doença” crónica acarreta stresse e medo aos doentes e sua família, pois estão sempre a ser colocados à prova, havendo a possibilidade de internamento. Barros (2003) denota que a doença crónica tende a ser estudada e compreendida como um acontecimento de vida stressante ou perturbador, que vai interagir com toda uma pluralidade de outras ocorrências e condições de desenvolvimento.

Na idade pediátrica, o desenvolvimento e crescimento da criança, destacam-se como fatores determinantes para a vivência do processo de saúde-doença e hospitalização. Desta forma, tendo em consideração o processo de doença crónica da Maria, a equipa de enfermagem deve conhecer qual a história de dor da criança, bem como o processo de adaptação à doença, tendo especial atenção ao seu desenvolvimento cognitivo, de forma a poder adequar os seus cuidados. Assim, considero que seria pertinente que aquando das consultas de *follow-up*, onde se procede à colheita de sangue também exista a preocupação, por parte do enfermeiro, em aferir alguns aspetos pertinentes, nomeadamente, evolução da criança, adaptação à doença e preocupações desde o último contacto, sendo estes dados registados no processo do doente. Esta disponibilidade por parte do

enfermeiro proporcionará momentos de conversa, onde se poderá ajudar a criança e a família no seu processo de adaptação, bem como despistar alguma situação ou comportamento de risco, podendo também trabalhar na promoção da saúde. A promoção da saúde é uma atividade independente do enfermeiro, que deve ser valorizada e cada vez mais promovida, contribuindo para a excelência de cuidados de enfermagem. De acordo com a Ordem dos enfermeiros (2001), a promoção da saúde é uma peça central no exercício de qualidade dos cuidados de Enfermagem, realçando a importância do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente, bem como da criação e o aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis identificados. O enfermeiro EESCJ tem um papel diferenciado na maximização da saúde da criança/jovem e sua família, pois negocia a sua participação em todo o processo de cuidar, rumo à sua independência e ao bem-estar; utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde e procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Segundo Watson (2002), cuidar é um ponto de partida, uma atitude que se manifesta em atos concretos. Porém é fundamental que o enfermeiro seja detentor de uma postura proactiva imprimindo um sentido holístico nos seus cuidados, pois como refere Watson (1979), cuidar é um ideal moral mais do que um comportamento orientado pela tarefa. Deste modo, considero fundamental que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, possuam conhecimentos sobre um conjunto de aspetos que poderão influenciar um comportamento/reação face a uma situação de doença. Premissa corroborada pela Ordem dos Enfermeiros (2001), quando salienta que o conhecimento das respostas humanas face à doença é essencial ao processo de cuidados de Enfermagem, baseado numa interação pessoal com intencionalidade terapêutica. É de referir que, por vezes, por se conhecer tão bem os doentes crónicos, podemos fazer uma avaliação errada, pois estamos focados apenas em determinados aspetos e características que aquela criança e família habitualmente apresentam, esquecendo outros aspetos, que numa situação específica serão tão ou mais importantes. Por conseguinte, quando acompanhamos uma criança e família ao longo de vários internamentos e ao longo de vários anos, *à priori*, temos o conhecimento da história de dor, contudo é essencial fazer o ajuste

para as suas características atuais, nomeadamente, ao desenvolvimento cognitivo e processo adaptativo, sendo pontos centrais para um cuidado individualizado e de qualidade, pois, “a adaptação à doença crónica é um processo contínuo e dinâmico, com fases de maior equilíbrio e aceitação e outras de maior ansiedade, revolta e depressão, que segue padrões individuais dificilmente generalizáveis” (Barros, 2003, p. 141). Gostaria de salientar que o desenvolvimento cognitivo determinará em grande medida a forma como a criança vai ser capaz de perceber, interpretar e reagir às situações que irá vivenciar. A este respeito Batalha (2010) afirma que o nível cognitivo influencia a compressão da experiência dolorosa e a capacidade para a descrever. Perante os comportamentos emocionalmente negativos, como foi o da criança supra apresentada, é importante que o enfermeiro explore, em conjunto com a família, a causa de uma reação face ao procedimento, de forma ser proporcionado um cuidado de enfermagem com qualidade e focado nas verdadeiras necessidades dos doentes e suas famílias, que contribui para a excelência de cuidados de Enfermagem. No que concerne ao desenvolvimento cognitivo, é fundamental fazer a leitura da reação da criança e adequar a nossa linguagem e estratégias com base nas características esperadas para a criança com esta idade, nomeadamente, que se insere no estágio pré-operatório (de acordo com os estágios cognitivos de Piaget), no qual a criança desenvolve um sistema de representações e usa símbolos para representar pessoas, lugares e eventos, sendo que a linguagem e o jogo imaginativo são manifestações importantes deste estágio (Papalia, Olds & Feldman, 2009). Considero então que a abordagem mais adequada inclui uma linguagem simples e real, baseada em visualizações e sentimentos, utilizando a brincadeira lúdica. Neste sentido, também Barros (2003), menciona que neste estágio as significações sobre a realidade dos sintomas apoiam-se na percepção mais direta e evidente, ou seja, o que vê, sente ou/e cheira.

O fato de conhecermos o percurso da criança e família ao longo dos seus internamentos ajuda os profissionais de saúde a melhor cuidar, contudo, se os cuidados não forem adequados aquela situação específica poderão não satisfazer as verdadeiras necessidades da criança e família, comprometendo a confiança já estabelecida. Nesta situação específica, os enfermeiros e a mãe estavam a espera que a Maria, se mantivesse calma e colaborante, tal como já tinha estado em situações anteriores de internamento ou consulta externa, no entanto, algo competia negativamente para a manutenção do seu estado de espírito habitual. Face a

qualquer alteração do comportamento habitual de uma criança o enfermeiro EES CJ deve ser capaz de adotar uma postura empática, capaz de dar resposta ao problema específico, sem deixar que este seja fonte de outros problemas que possam dificultar a vivência do processo de doença.

Importa referir a importância do papel da família para minimizar os efeitos negativos de um processo de doença, neste caso, a mãe ajudou a criança a expressar os seus medos e angústias, em conjunto com o enfermeiro. Ao longo da conversa abordei o medo da dor através da brincadeira lúdica, nomeadamente ao contar a história da Anita no hospital, tentando perceber se o medo da dor era a causa da reação da criança. Ao longo da conversa a menina referiu qual o motivo de estar a chorar quando lhe foi colocado o Emla®. Tavares (2011) refere que quando brinca, a criança adquire meios para libertar o stresse e a tensão que recebe do ambiente, assim, pode, de uma forma socialmente aceitável, expressar as emoções e impulsos considerados pouco aceitáveis. Afalo (2010) citado pela Ordem dos Enfermeiros (2011) salienta que a brincadeira lúdica é “uma estratégia de comunicação terapêutica”, composta por diferentes técnicas que ajudam na “transmissão de informações verdadeiras, em linguagem adequada ao desenvolvimento cognitivo e intelectual da criança com o intuito de reduzir o medo e a ansiedade associados a procedimentos invasivos.

No que se refere à origem de uma reação negativa face a um cuidado de enfermagem, o enfermeiro deve ser capaz de a identificar e conseguir efetuar aquele determinado procedimento com o consentimento e colaboração da criança (dentro das suas possibilidades, sempre que exequível e possível para a criança). Para tal recorre a um conjunto de estratégias, nomeadamente, à comunicação assertiva e adequada às características individuais de cada criança/jovem e família. No caso da Maria, esta estava apreensiva em relação ao resultado das análises, pois este poderia condicionar o seu regresso a casa. O internamento implica a separação da família e das suas rotinas, considerado um *stressor* para este estágio de desenvolvimento (Samala, Salanterä & Aronen 2010; Barros (2003). O internamento é de fato uma grande quebra na rotina de uma criança e da sua família. De acordo com o Instituto de Apoio à Criança (2005) para uma criança a hospitalização representa uma experiência complexa e marcante sendo que a doença crónica, determina não só um sofrimento somático, mas também um mal-estar psicossocial, atendendo a que é uma doença contínua que impõe restrições à vida da criança que

tem uma evolução incerta, e que termina quase sempre em períodos mais ou menos longos e frequentes de internamento.

Fomentar um pensamento positivo a uma criança de 6 anos não é tarefa fácil, principalmente quando o que está envolvido é a sua saúde. O enfermeiro tem um papel central na promoção da esperança nos doentes crónicos pois é o profissional de saúde com o envolvimento mais intenso e permanente, principalmente aquando do internamento, podendo desenvolver uma relação bastante próxima, o que proporciona as condições ideais para o estabelecimento de uma relação de confiança que promove a maximização da saúde do doente e sua família. Nesta situação considere que a melhor abordagem seria através da brincadeira, e desmistificar a razão da colheita de sangue de forma simples e sensorial, contudo, teria sido pertinente ter perguntado à Maria o que a ajuda quando tem medo. O envolvimento da criança na tomada de decisão e a escuta ativa dos seus medos, contribui para a expressão dos seus sentimentos, ajudando na redução da ansiedade e medo, aspeto corroborado pela investigação de Samala, Salanterä & Aronen (2010), dados revelam que as crianças dizem que a experiência de fazer parte do seu cuidado pode ajuda-las a lidar com os seus medos. As crianças devem assim constituir-se como elementos ativos no processo de tomada de decisão dos seus cuidados, a par da família e profissionais de saúde. Teria sido também eficaz ter perguntado à mãe da Maria como geralmente acalmava a sua filha numa situação de medo e ansiedade, e quais eram os mecanismos de coping utilizados com sucesso. É fundamental o estabelecendo uma relação terapêutica, onde os cuidados de enfermagem sejam centrados na família. A família é uma constante na vida da criança, sendo o pilar para o seu desenvolvimento, no caso da Maria, a sua mãe é quem se apresenta como pessoa significativa em todo o processo de doença, sendo então esta uma figura central que equipa de enfermagem dispõe para melhor adequar os cuidados.

Torna-se evidente a importância do envolvimento do enfermeiro nos cuidados de saúde, sendo importante clarificar determinados assuntos que possam pôr em causa o bem-estar do doente. Nesta situação específica foi de extrema importância a desmistificação do medo da Maria, que deu origem a uma momento mais descontraído e com menos medos, até à colheita de sangue, que decorreu com a menina bem-disposta, sorridente que até ajudou a segurar no material necessário

para o procedimento, demonstrando estar relaxada e com confiança na equipa de enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel – edições técnicas, Lda.

Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.

Instituto de Apoio à Criança. (2005). Criança com doença crónica. *Boletim do Instituto de Apoio à Criança*, 76, separata 14.

Watson, J. (1979). *Nursing: The philosophy and science of caring*. (4ª ed.) Boston: Little, Brown and Company.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros;

Papalia, D., Olds, S. & Fieldman, R. (2009). *O mundo da criança: da infância à adolescência* (11ª Ed.). (R. Caetano & J. Cardoso, Trad.). São Paulo: McGraw-Hill. (Obra original publicada em 2008).

Salmela, M. Salanterä & Aronen, E. (2010). Coping with hospital-related fears: experiences of pre-school-aged children. *Journal of Advanced Nursing*. 66 (6), 1222-1231.

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científica, Lda.



## **Apêndice 4**

Grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando  
procedimentos dolorosos em crianças/jovens

## Grelha de observação da atuação do enfermeiro aquando procedimentos dolorosos em crianças/jovens

Dados/Observações	
Data:	
Duração da observação:	
Criança/Jovem	
Sexo:	
Idade:	
Raça/etnia:	
Experiências anteriores traumatizantes e medos:	
Procedimento; Motivo de procedimento/diagnóstico:	
Manifestações de dor/medo/ansiedade	Manifestações de conforto
Contextos de Experiência	
Físico	Físico
Psicoespiritual	Psicoespiritual
Ambiental	Ambiental
Sociocultural	Sociocultural
Notas/observações:	
Acompanhante	
Grau de parentesco:	
Raça/etnia:	
Tempo de permanência:	
Contacto anterior com o procedimento:	Sim: <input type="checkbox"/> Onde: Não: <input type="checkbox"/>
Postura/tipo de participação:	

Manifestações de conforto face à situação/comportamento da criança/jovem:	
Manifestações de ansiedade/stresse:	
<b>Enfermeiro</b>	
Tempo de serviço profissional:	
Tempo de serviço em pediatria:	
Grau académico:	
Colhida história de dor:  Quais os parâmetros utilizados:	Sim: <input type="checkbox"/> Não: <input type="checkbox"/> Não
Avaliação de Dor: • Quando: • Escala utilizada:	Não
Estratégias de comunicação: Postura: Linguagem adequada à idade:	
<b>Intervenções de enfermagem</b>	
Estratégias utilizadas:  Farmacológicas:  Não farmacológicas: Comportamentais: - Dessensibilização; - Reforço positivo; - Relaxamento;  Cognitivo: - Informação preparatória; - Mudança de memória; - Autorrelato positivo e paragem do pensamento;  Cognitivo-comportamentais:	

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distração;</li> <li>- modelagem e ensaio;</li> <li>- Imagem guiada;</li> </ul> <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aplicação calor/frio;</li> <li>- massagem;</li> <li>- Posicionamento;</li> </ul> <p>Suporte emocional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença (pais/pessoa significativa);</li> <li>- Toque;</li> <li>- Conforto (embalar, acariciar, envolver, amamentar, sacarose, sucção não nutritiva, falar...)</li> </ul> <p>Ambientais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Temperatura, luz, ruído, mobiliário, decoração; privacidade.</li> </ul>	
<p>Material lúdico-pedagógico utilizado:</p>	
<p>Tipo de interação com o acompanhante:</p>	
<b>Reflexões</b>	
<b>Síntese</b>	

## **Apêndice 5**

Guia de Apoio à Intervenção do Enfermeiro nas Consultas de Vigilância de Saúde  
Infantil e Juvenil

<b>GUIA DE APOIO À INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL</b> <b>(Adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil, DGS (2012))</b>				
	1.ª CONSULTA	1 MÊS	2 MESES	4 MESES
	PARÂMETROS A AVALIAR			
	PESO, COMPRIMENTO, IMC (kg/m <sup>2</sup> ), PERIMETRO CEFÁLICO			
	ANCA			
VISÃO	Anamnese; exame objetivo (pálpebras e exame ocular externo) avaliação da capacidade visual (DOC. N.º 1 e 2).	Igual à 1.ª consulta (DOC. N.º 1 e 2). Testes de fixação e perseguição.	Igual à 1.ª consulta. DOC. N.º 1 e 2. <b>SINAL DE ALERTA:</b> não fixa a face humana.	
AUDIÇÃO	Verificar registo de rastreio auditivo neonatal. Avaliar audição (DOC. N.º 2 e 3).	Avaliar audição (DOC. N.º 2 e 3).	Igual à consulta 1 mês.	Avaliar audição (DOC. N.º 2 e 3).
EXAME FÍSICO	Observação geral.	Observação geral.	Observação geral.	Observação geral.
DESENVOLVIMENTO	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC N.º 2). Presença de reflexos primitivos: Reflexo de Moro; Reflexo de pontos cardeais; Reflexo de preensão palmar; Reflexo da marcha automática.	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2).	Igual à consulta 1 mês. <b>SINAL DE ALERTA:</b> ausência de tentativa de controlo da cabeça na posição sentada.	Igual à consulta 1 mês. <b>SINAL DE ALERTA:</b> não acalma preferencialmente com a figura do cuidador/ ausência de prazer interativo (interação desadaptada).
VACINAÇÃO	Verificar a realização das vacinas Hepatite B e BCG e rastreio de doenças metabólicas.	Verificar o estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV (DOC. N.º 9).	Igual à consulta 1 mês.	Igual à consulta 1 mês.
RELAÇÃO EMOCIONAL/ COMPORTAMENTO (PERTURBAÇÕES)	<i>Enamoramento</i> com o cuidador principal. Adaptação da família às novas rotinas e reações dos irmãos. <b>SINAL DE ALERTA:</b> falta de interesse no bebé, desespero, ideação suicida (DOC. N.º 4).	Igual à 1ª consulta. Sensibilidade e resposta do principal cuidador às manifestações do bebé.	<b>SINAL DE ALERTA:</b> bebé inconsolável/bebé apático sem períodos de comunicação.	<b>SINAL DE ALERTA:</b> não acalma preferencialmente com a figura do cuidador/ ausência de prazer interativo (interação desadaptada).
RISCO DE MAUS TRATOS	Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos (DOC. N.º 5).	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.
SEGURANÇA DO AMBIENTE	Fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos e de lazer (DOC. N.º 6).	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.
	CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS			
ALIMENTAÇÃO	Promover a manutenção do AM, pelo menos, até aos 6 meses (DOC. N.º 6). Esclarecer dúvidas sobre AM e/ou aleitamento artificial.	Igual à 1.ª consulta.	A diversificação alimentar deve ocorrer até aos 6 meses; manter AM e no caso de impedimento, leite para lactentes até aos 12 meses.	Igual à consulta 2 meses. Conciliação do AM com atividade profissional.

VITAMINA D	Validar a sua administração.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.
HIGIENE	Olhos, muda de fralda e banho. Cuidados à pele.	Validação de conhecimentos anteriores	Validação de conhecimentos anteriores	Validação de conhecimentos anteriores
POSIÇÃO AO DEITAR	Decúbito dorsal. Prevenção da SMSL (DOC. N.º 8).	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.
HÁBITOS DE SONO	Horas de sono e rituais de repouso.	Ritmo circadiano. Ritual de adormecimento.	Ritual de adormecimento	Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores.
ELIMINAÇÃO (INTESTINAL/CÓLICAS E VESICAL)	Características das micções e dejeções. Cólicas (massagem).	Esclarecimento: obstipação e cólicas.	Esclarecimento: obstipação e cólicas.	Validação de conhecimentos anteriores.
SINAIS E SINTOMAS COMUNS	Choro, febre, obstrução nasal, dificuldade respiratória e obstipação/diarreia.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.
SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	Sintomas ou sinais que justificam recorrer aos serviços de saúde (recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cianose).	Igual à 1.ª consulta.	Recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cianose, choro intenso (sem causa aparente).	Recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cianose, choro intenso (sem causa aparente)
DESENVOLVIMENTO	Atividades promotoras do desenvolvimento (DOC. N.º 2).	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.
VACINAÇÃO	Verificar a reação à vacina BCG.	Explicar os sintomas comuns após a vacinação.	Igual à consulta 2 meses.	Igual à consulta dos 2 Meses
RELAÇÃO EMOCIONAL	Averiguar dificuldades do principal cuidador na relação com o seu bebé e nas interações familiares.	Atividades promotoras do desenvolvimento (DOC. N.º 2).	Igual à consulta 2 meses.	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.
OUTROS				Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores. Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/cuidadores.
ACIDENTES E SEGURANÇA	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.	Igual à 1.ª consulta.	Igual à 1.ª consulta.	Hábitos e rotinas diários, na creche, ama ou outros cuidadores. Escolha de brinquedos que promovam a manipulação e interação com pais/cuidadores.
FOLHETOS	SMSL, AM, transporte seguro.			AM versus regresso ao trabalho.

GUIA DE APOIO À INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL (Adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil, DGS (2012))				
	6 MESES	9 MESES	12 MESES	15 MESES
	PARÂMETROS A AVALIAR			
	PESO, COMPRIMENTO, IMC (kg/m <sup>2</sup> ), PERIMETRO CEFÁLICO			
DENTIÇÃO	Verificar o estado da erupção dentária.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.
ANCA/MARCA				
VISÃO	Avaliar a capacidade visual, movimentos oculares, visão binocular ("Cover teste" - estrabismo anormal, manifesto e constante) (DOC. N.º 1 e 2).	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.	Verificar a consolidação das aquisições dos 12 meses.
AUDIÇÃO	Avaliar audição (DOC. N.º 2 e 3).	Igual à consulta 6 meses. <b>SINAL DE ALERTA:</b> não olha, nem pega em objetos; não reage a sons, não vocaliza; revela assimetrias.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses. Verificar a consolidação das aquisições dos 12 meses.
EXAME FÍSICO	Observação geral.	Observação geral. Confirmar a presença de testículos nas bolsas e, em famílias de risco, pesquisar sinais de MGF (DOC. N.º 11).	Igual à consulta 9 meses.	Igual à consulta 9 meses.
DESENVOLVIMENTO	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). <b>SINAL DE ALERTA:</b> não olha, nem pega em objetos; não reage a sons, não vocaliza; revela assimetrias.	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). <b>SINAL DE ALERTA:</b> não tem equilíbrio sentado; sem prensão palmar; não leva objetos à boca; não reage a sons.	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). <b>SINAL DE ALERTA:</b> não pega nos brinquedos ou fá-lo só com uma mão; não brinca; não responde à voz; não estabelece contacto.	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2).
LINGUAGEM		Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2).	Igual à consulta 9 meses.	Igual à consulta 9 meses.
VACINAÇÃO	Verificar o estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV (DOC. N.º 9).	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.
RELAÇÃO EMOCIONAL/ COMPORTAMENTO (PERTURBAÇÕES)	<b>SINAL DE ALERTA:</b> cuidador NÃO responde aos sinais do bebé (DOC. N.º 4).	<b>SINAL DE ALERTA:</b> não faz "gracinhas" e não procura preferencialmente a proximidade do cuidador principal (DOC. N.º 4).	<b>SINAL DE ALERTA:</b> dificuldade do bebé em estabelecer relações diferenciadas e em explorar (DOC. N.º 4).	Procura o cuidador como "base estável" quando algo o perturba (DOC. N.º 4).
RISCO DE MAUS TRATOS	Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos (DOC. N.º 5).	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.
SEGURANÇA DO AMBIENTE	Fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos e de lazer (DOC. N.º 6).	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.



	CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS			
ALIMENTAÇÃO	Promover a manutenção do AM, pelo menos, até aos 6 meses (DOC. N.º 7). A diversificação alimentar deve ocorrer até aos 6 meses; orientar a conciliação do AM com atividade profissional.	Verificar qual a alimentação do bebé. Esclarecer dúvidas, orientar para a continuação da introdução de novos alimentos.	Igual à consulta 9 meses. Referir a anorexia fisiológica do 2º ano de vida. Importância da manipulação dos alimentos.	Igual à consulta 9 meses. Alimentação saudável: restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras.
VITAMINA D	Validar a sua administração.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.	
SAÚDE ORAL	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Se tiver dentes – higiene oral (DOC. N.º 10).	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses. A escovagem dos dentes (2 x/ dia) (DOC. N.º 10).	Igual à consulta 12 meses.
HÁBITOS DE SONO	Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores.	Igual à consulta 6 meses.		
ELIMINAÇÃO (INTESTINAL/CÓLICA S E VESICAL)	Validação de conhecimentos anteriores.	Igual à consulta 6 meses.		
SINAIS E SINTOMAS COMUNS	Choro, febre, obstrução nasal, dificuldade respiratória, obstipação/diarreia.	Igual à consulta 6 meses.		
SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	Recusa alimentar, gemido, icterícia generalizada, prostração, febre, cianose, choro intenso (sem causa aparente)	Igual à consulta 6 meses.		
DESENVOLVIMENTO	Atividades promotoras do desenvolvimento (DOC. N.º 2).	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.
VACINAÇÃO	Explicar os sintomas comuns após a vacinação.	Igual à consulta 6 meses.		
RELAÇÃO EMOCIONAL /COMPORTAMENTO/ PERTURBAÇÕES	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.	Igual à consulta 6 meses. Cama e quarto próprios. Estimular a compreensão da linguagem – associação da mesma palavra a objetos ou conceitos simples (ex.: onde está luz?)	Igual à consulta 6 meses. Afirmação da personalidade, birras e regras sociais. Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé.	Igual à consulta 12 meses. Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos. Promover equilíbrio entre a necessidade de autonomia e a continuidade da proteção do bebé.
OUTROS/ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	Vida (hábitos e rotinas diários) na creche, ama ou outros cuidadores. Reação ao estranho.	Igual à consulta 6 meses.	Brincar, passear e dormir.	Brincar, passear e dormir.
ACIDENTES E SEGURANÇA	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.	Igual à consulta 6 meses.
FOLHETOS	Alimentação 1º ano de vida; saúde oral; AM regresso ao trabalho. Brinquedos segurança.		Queimaduras, nadar e brincar em segurança; a nova roda dos alimentos, brinquedos segurança.	

<b>GUIA DE APOIO À INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL</b> <b>(Adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil, DGS (2012))</b>				
	18 MESES	2 ANOS	3 ANOS	4 ANOS
	PARÂMETROS A AVALIAR			
PESO, COMPRIMENTO, IMC (kg/m <sup>2</sup> ), PERÍMETRO CEFÁLICO (aos 4 anos não se avalia Perímetro Cefálico)		TENSÃO ARTERIAL DOC. N.º 12		
DENTIÇÃO	Verificar o estado da erupção dentária.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.
ANCA/MARCHA				
VISÃO	Avaliar a capacidade visual (DOC. N.º 1 e 2).	Igual à consulta 18 meses. Quantificação da acuidade visual, a partir dos 2 anos e ½, através do teste dos “E” de Snellen ou Teste das imagens de Mary Sheridan.	Igual à consulta 2 Anos.	Igual à consulta 2 Anos.
AUDIÇÃO	Avaliar audição (DOC. N.º 2 e 3).	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.
EXAME FÍSICO	Observação geral. Em famílias de risco, pesquisar sinais de MGF (DOC. N.º 11).	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.
DESENVOLVIMENTO	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). <b>SINAL DE ALERTA:</b> não se põe de pé; não faz pinça fina; não vocaliza espontaneamente.	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). <b>SINAL DE ALERTA:</b> não anda.	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). <b>SINAL DE ALERTA:</b> anda em pontas de pés sistematicamente; não constrói nada.	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). Não tem lateralidade definida.
LINGUAGEM	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2).	Igual à consulta 18 meses. <b>SINAL DE ALERTA:</b> não compreende o que se diz; não pronuncia palavras inteligíveis; não estabelece contacto; não imita.	Igual à consulta 18 meses. <b>SINAL DE ALERTA:</b> Linguagem incompreensível.	Linguagem compreensível – domínio das consoantes, divisão silábica, fluência no discurso, conta uma história. <b>SINAL DE ALERTA:</b> linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas).
VACINAÇÃO	Verificar o estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV (DOC. N.º 9).	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.
RELAÇÃO EMOCIONAL/ COMPORTAMENTO (PERTURBAÇÕES)	<b>SINAL DE ALERTA:</b> Não se interessa por outras crianças; não aponta com indicador; não imita o adulto (careta); não olha quando o chamam pelo nome; não acompanha com o olhar quando apontamos para algo (se mais de 2 itens presentes referenciar para avaliação de neurodesenvolvimento (DOC. N.º 4).	<b>SINAL DE ALERTA:</b> não faz “gracinhas” e não procura preferencialmente a proximidade do cuidador principal. (DOC. N.º 4).	<b>SINAL DE ALERTA:</b> dificuldade extrema em separar-se do principal cuidador; perturbações alimentares graves com cruzamento de percentis e sem causa orgânica aparente; insónia grave (DOC. N.º 4).	<b>SINAIS DE ALERTA:</b> agitação psicomotora desadequada, não termina nenhuma tarefa e hiperatividade/agitação (excessiva ou para além da idade normal) (DOC N.º 5).

RISCO DE MAUS TRATOS	Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos (DOC. N.º 5).	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.
SEGURANÇA DO AMBIENTE	Fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos e de lazer (DOC. N.º 6).	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.
	<b>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</b>			
ALIMENTAÇÃO	Esclarecer dúvidas, orientar para a continuação de uma alimentação saudável: Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos e gorduras (DOC. N.º 15).	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses. Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.	Igual à consulta 18 meses.
SAÚDE ORAL	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Se tiver dentes – higiene oral (DOC. N.º 10). Desmame do biberão e do leite ao adormecer, estimular outro ritual de adormecimento.	Igual à consulta 18 meses. Desmame da chupeta.	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.
DESENVOLVIMENTO	Atividades promotoras do desenvolvimento (DOC. N.º 2).	Igual à consulta 18 meses.  Desmame do biberão e do leite ao adormecer, estimular outro ritual de adormecimento.	Igual à consulta 18 meses. Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.	Igual à consulta 18 meses. Estimular a perceção da lateralidade.
INFANTÁRIO/ ESCOLA				Adaptação ao infantário. Conversar sobre o infantário ou a escola (adaptação e socialização), valorizar opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar.
VACINAÇÃO	Explicar os sintomas comuns após a vacinação.	Igual à consulta 18 meses.		Igual à consulta dos 6 meses.
RELAÇÃO EMOCIONAL /COMPORTAMENTO/ PERTURBAÇÕES	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Falar sobre a afirmação da personalidade, birras e regras sociais. Reforço positivo da capacidade exploratória do bebé. Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos. Aprendizagem de regras e rotinas na vida diária. Importância das regras e de limites comportamentais, sem cedência a “chantagens”.	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Independência, ansiedade de separação, terrores noturnos. Conversar sobre o infantário (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação Saúde Escolar.	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Conversar sobre o infantário (adaptação e socialização), valorizar a opinião de outros técnicos – ligação Saúde Escolar. Negativismo, birras, ciúme, rivalidade; relacionamento com outras crianças. Sexualidade (reconhecimento das diferenças e semelhanças entre sexos); equidade de	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida.

			género (DOC. N.º 14). Medos, terrores noturnos.	
CONTROLO DE ESFÍNCTERES			Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.	
OUTROS/ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS	Brincar, desenhar, hábitos de televisão e vídeos, ritual de adormecer.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.	
ACIDENTES E SEGURANÇA	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Prevenção de acidentes (DOC. N.º 6).	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.	Igual à consulta 18 meses.
ATIVIDADES DESPORTIVAS E CULTURAIS				Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.
HÁBITOS DE SONO				Enurese noturna.
FOLHETOS	Saúde oral; Brinquedos segurança; Nova roda dos alimentos.			

<b>GUIA DE APOIO À INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL</b> <b>(Adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil, DGS (2012))</b>			
	5 ANOS	6-7 ANOS	8 ANOS
	PARÂMETROS A AVALIAR		
	PESO, COMPRIMENTO, IMC (kg/m <sup>2</sup> ), Tensão Arterial (DOC. N.º 13)		
POSTURA			
DENTIÇÃO	Verificar o estado dentário – em caso de cárie dentária seguir as indicações do DOC. N.º 10.	Igual à consulta 5 anos. Verificar a utilização do cheque dentista ou documento de referenciação para higiene oral dos 7 anos e a existência de registos no BSIJ (DOC. N.º 10).	Igual à consulta 5 anos.
VISÃO	Avaliar a capacidade visual (DOC. N.º 1 e 2). Tabelas de <i>E</i> de <i>Snellen</i> .	Igual à consulta 5 anos. <b>Rastreio</b> das perturbações visuais segundo as “Boas Práticas em Oftalmologia” (DOC. N.º 1 e 3).	Igual à consulta 6-7 anos.
AUDIÇÃO	Avaliar audição (DOC. N.º 2 e 3).	Igual à consulta 5 anos. <b>Rastreio:</b> Teste da voz ciciada. Identificação de indicadores de risco para surdez (DOC. N.º 3).	Igual à consulta 6-7 anos.
EXAME FÍSICO	Observação geral. Em famílias de risco, pesquisar sinais de MGF (DOC. N.º 11).	Igual à consulta 5 anos.	Igual à consulta 5 anos.
DESENVOLVIMENTO	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). Não tem lateralidade definida.		
LINGUAGEM	Aplicação da escala de desenvolvimento (DOC. N.º 2). <b>SINAL DE ALERTA:</b> linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas). Identifica o nome próprio, identifica primeira letra do nome, as vogais e algumas consoantes.	Igual à consulta 5 anos. <b>SINAL DE ALERTA:</b> linguagem incompreensível (sem fluência, muitas substituições fonéticas). Sabe escrever o nome completo, identifica letras do alfabeto, gosta da escola, gosta de livros de histórias. <b>SINAL DE ALERTA:</b> demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e em casa, só faz com ajuda.	Linguagem compreensível – domínio das consoantes, divisão silábica, fluência no discurso, conta uma história. Sabe escrever o nome completo, identifica letras do alfabeto, gosta da escola, gosta de livros de histórias. <b>SINAL DE ALERTA:</b> demora muito tempo a fazer os trabalhos na escola e em casa, só faz com ajuda.
VACINAÇÃO	Verificar o estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV (DOC. N.º 9).	Igual à consulta 5 anos.	Igual à consulta 5 anos.
RELAÇÃO EMOCIONAL/ COMPORTAMENTO (PERTURBAÇÕES)	<b>SINAIS DE ALERTA:</b> agressividade, violência e oposição persistentes, birras inexplicáveis e desadequadas para a idade; ansiedade, preocupações ou medos excessivos; dificuldades em adormecer, pesadelos muito frequentes; dificuldades na socialização, com isolamento ou relacionamento desadequado com pares ou adultos.	<b>SINAIS DE ALERTA:</b> Igual à consulta 5 anos; agitação psicomotora desadequada, não termina nenhuma tarefa e hiperatividade/agitação (excessiva ou para além da idade normal). Dificuldades de aprendizagem sem défice cognitivo e na ausência de fatores pedagógicos adversos. Recusa escolar. Somatizações múltiplas ou persistentes.  Valorizar enurese noturna.	<b>SINAL DE ALERTA:</b> agitação psicomotora desadequada, não termina nenhuma tarefa e hiperatividade/agitação (excessiva ou para além da idade normal).
RISCO DE MAUS TRATOS	Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus-tratos (DOC. N.º 4).	Igual à consulta 5 anos.	Igual à consulta 5 anos.

SEGURANÇA DO AMBIENTE	Fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos e de lazer (DOC. N.º 6).	Igual à consulta 5 anos.	Igual à consulta 5 anos.
	<b>CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS</b>		
ALIMENTAÇÃO	Promover uma alimentação saudável; Reforçar necessidade de pequeno-almoço e lanche a meio da manhã – ver BSIJ (DOC. N.º 15 e 16).	Igual à consulta 5 anos.	Igual à consulta 6-7 anos.
SAÚDE ORAL	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta (DOC. N.º 10).	Igual à consulta 5anos. Aos 7 anos a criança receberá, na escola um cheque dentista ou um documento de referenciação para a consulta de higiene oral. (DOC. N.º 10).	Igual à consulta 5anos. Introduzir a utilização do fio dentário.
DESENVOLVIMENTO	Atividades promotoras do desenvolvimento (DOC. N.º 2).	Igual à consulta 5 anos.	
INFANTÁRIO/ ESCOLA	Infantário ou escola (adaptação e socialização), valorizar opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar. Preparação da entrada para a escola, adaptação ao meio escolar e prevenção do insucesso escolar, postura correta.	Infantário ou escola (adaptação e socialização), valorizar opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar.	
RELAÇÃO EMOCIONAL /COMPORTAMENTO/ PERTURBAÇÕES	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Ter atenção a sintomas de instabilidade psicomotora nos diferentes contextos de vida.	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Competitividade, prazer em jogos de regras.	Igual à consulta 6-7 anos.
ACIDENTES E SEGURANÇA	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta. Prevenção de acidentes (DOC. N.º 6).	Caminho para a escola, transporte escolar, quedas, intoxicações, afogamentos e queimaduras.	Igual à consulta 6-7 anos.
ATIVIDADES DESPORTIVAS E CULTURAIS	Ler com os pais as informações que estão no BSIJ entre a atual e a próxima consulta.	Igual à consulta 5 anos.	Igual à consulta 5 anos.
HÁBITOS DE SONO	Horas de sono adequadas à idade, valorizar dificuldades em adormecer e pesadelos frequentes e recorrentes como sinais de alerta.	Igual à consulta 5 anos.	Igual à consulta 5 anos.
FOLHETOS	Saúde oral; Brinquedos segurança; Nova roda dos alimentos; alimentação saudável.		Utilização do fio dentário. O sono.



<b>GUIA DE APOIO À INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NAS CONSULTAS DE VIGILÂNCIA DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL</b> <b>(Adaptado do Programa Nacional de Saúde Infantil, DGS (2012))</b>			
	10 ANOS	12-13 ANOS	18 ANOS
PARÂMETROS A AVALIAR			
PESO, COMPRIMENTO, IMC (kg/m <sup>2</sup> ), Tensão Arterial (DOC. N.º 13)			
PELE	Acne e hirsutismo.	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
POSTURA			
DENTIÇÃO	Verificar o estado dentário e gengival. Verificar a utilização do cheque dentista ou documento de referenciação para higiene oral dos 10 anos e a existência de registos no BSIJ.	Verificar o estado dentário e gengival. Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referenciação para higiene oral dos 13 anos e a existência de registos no BSIJ.	Verificar o estado dentário e gengival.
VISÃO	A partir dos 10 anos a avaliação oftalmológica deve ser feita atendendo aos fatores de risco ou se ocorrer diminuição da visão. Avaliar a capacidade visual (DOC. N.º 1).	Igual à consulta 10 anos.	Verificar o estado dentário e gengival.
AUDIÇÃO	Avaliar audição (DOC. N.º 3).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
ESTÁDIO PUBERTÁRIO	Avaliar o estágio pubertário (DOC. N.º 15).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
EXAME FÍSICO	Observação geral. Em famílias de risco, pesquisar sinais de MGF (DOC. N.º 11).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
DESENVOLVIMENTO PSICOAFETIVO E SOCIAL	Autonomização progressiva e afirmação da identidade (identidade de género); aquisição de capacidades cognitivas, de novos interesses intelectuais; capacidade de gestão de problemas, conflitos e atividades quotidianas.	Igual à consulta 10 anos. Redefinição das formas de relação com a família e amigos; desenvolvimento de ideais e de sistema de valores éticos e morais.	Verificar a utilização do cheque-dentista ou documento de referenciação para higiene oral dos 13 anos e a existência de registos no BSIJ. Capacidade de estabelecimento de relações diádicas.
SINAIS E SINTOMAS DE ALERTA	<b>SINAIS DE ALERTA:</b> incapacidade para lidar com problemas e atividades quotidianas; ansiedade excessiva; insónia grave e persistente; humor depressivo mantido, ideação e tentativas de suicídio; sintomatologia obsessiva-compulsiva; variação ponderal acentuada; alterações do pensamento e da perceção; comportamentos antissociais repetidos, isolamento mantido, comportamentos autoagressivos, fugas. Condutas de risco – consumo de tabaco e de outras drogas; ingestão de álcool; comportamentos sexuais de risco.	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
VACINAÇÃO	Verificar o estado vacinal e atualizá-lo de acordo com o PNV (DOC. N.º 9).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
RISCO DE MAUS TRATOS	Verificar a existência de sinais e sintomas indicadores de qualquer tipo de maus tratos (DOC. N.º 5).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
SEGURANÇA DO AMBIENTE	Fumo ambiental do tabaco em casa/automóvel; risco de acidentes domésticos e de lazer (DOC. N.º 6).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos. Segurança no trabalho.
CUIDADOS ANTECIPATÓRIOS			
PEBERDADE	Puberdade normal e variantes. Puberdade precoce e atraso pubertário (DOC. N.º 17).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
ALIMENTAÇÃO	Promover uma alimentação saudável; Diversidade, adequação à fase de crescimento e atividade; regimes restritivos (DOC. N.º 15 e 16).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
ATIVIDADE	Tipo, frequência, intensidade e segurança e	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.

FÍSICA	desaconselhar suplementos energéticos e anabolizantes; vigorexia.		
HÁBITOS DE SONO	Quantidade, qualidade, ritmo, higiene do sono.	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
SAÚDE ORAL	Promover a escovagem dos dentes de manhã e à noite e o uso do fio dentário (DOC. N.º 10).	Igual à consulta 10 anos. Aos 10 e 13 anos o/a adolescente irá receber na escola um cheque-dentista ou um documento de referência para a consulta de higiene oral. (DOC. N.º 10).	Igual à consulta 10 anos.
ESCOLA	Ano de escolaridade, bem-estar, projetos, <i>bullying</i> e <i>cyberbullying</i> .	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos. Falar do trabalho; <i>mobbing</i> (assédio moral), assédio sexual.
FAMÍLIA	Dinâmica familiar, adultos de referência.	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
AMIGOS	Socialização, atividades, redes sociais e grupos de pertença.	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
TEMPOS LIVRES	Sedentarismo, hábitos de televisão/computador/novas tecnologias.	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
CIDADANIA	Direitos humanos, desigualdades de género, ambiente, cultura de segurança (DOC. N.º 18).	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
SEXUALIDADE	Puberdade, socialização e género. (DOC. N.º 14).	Autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais, contraceção (DOC. N.º 14).	Contraceção, género, relações diádicas e violência no namoro (conjugal) (DOC. N.º 18).
ACIDENTES E SEGURANÇA	Acidentes domésticos e segurança rodoviária.	Segurança rodoviária, atividades de lazer, atividades recreativas noturnas, desportos, em particular os desportos radicais e mergulho.	Igual à consulta 10 anos.
CONSUMOS NOCIVOS, RISCOS	Álcool, tabaco, medicamentos e drogas de abuso – riscos e efeito potenciador de violência e acidentes.	Igual à consulta 10 anos.	Igual à consulta 10 anos.
VIOLÊNCIA E MAUS TRATOS	Verificar a existência de lesões sugestivas de qualquer tipo de maus-tratos (DOC. N.º 5).	Violência no namoro.	Igual à consulta 10 anos.
FOLHETOS			Utilização do fio dentário.

**ABREVIATURAS:** Documento – DOC.

**SIGLAS:**

Aleitamento Materno – AM;

Boletim de Saúde Infantil e Juvenil – BSIJ;

DGS – Direcção-Geral da Saúde;

IMC – Índice de Massa Corporal;

Mutilação Genial Feminina – MGF;

Plano Nacional de Vacinação – PNV;

Síndrome da Morte Súbita do Lactente – SMSL.

Elaborado por: Marisa Jesus, Estudante de Mestrado em Enfermagem, na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Supervisionado por: Francisca Carraça, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Novembro, 2012.



## ÍNDICE DE DOCUMENTOS REFERENCIADOS NAS TABELAS

- DOC. N.º 1 – Boas Práticas em Oftalmologia - Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação (Direção de Serviços de Cuidados de Saúde/Comissão de Coordenação do Programa Nacional para a Saúde da Visão);
- DOC. N.º 2 – (Texto apoio 1, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil) Avaliação de Desenvolvimento (escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* Modificada);
- DOC. N.º 3 – Rastreio Auditivo Neonatal (Recomendações do Grupo de Rastreio e Intervenção da Surdez Infantil – Sociedade Portuguesa de Pediatria);
- DOC. N.º 4 – Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância;
- DOC. N.º 5 – Maus Tratos em Crianças e Jovens Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção (Direção-Geral da Saúde);
- DOC. N.º 6 – Orientação Técnica da Direção-Geral da Saúde sobre o Transporte de Crianças;
- DOC. N.º 7 – Manual de Aleitamento Materno (Comité Português para a UNICEF/Comissão Nacional *Iniciativa Hospitais Amigos dos Bebés* (2012);
- DOC. N.º 8 – Síndrome da Morte Súbita do Lactente (Sociedade Portuguesa de Pediatria);
- DOC. N.º 9 – Plano Nacional de Vacinação (2012);
- DOC. N.º 10 – (Texto apoio 2, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil) Saúde Oral: Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral;
- DOC. N.º 11 – Orientação Direção-Geral da Saúde n.º 005/2012 – Mutilação Genital Feminina;
- DOC. N.º 12 – (Texto apoio 4, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil) Avaliação da Tensão Arterial;
- DOC. N.º 13 – Boas Práticas em Oftalmologia 2008 – Elementos Clínicos de Avaliação e Referenciação;
- DOC. N.º 14 – (Link) (<http://www.cig.gov.pt/guiaoeducacao/>): Guião Educação – Género e Cidadania;
- DOC. N.º 15 – (Link)  
[http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage\\_institucional.aspx?menuid=113](http://www.plataformacontraaobesidade.dgs.pt/PresentationLayer/homepage_institucional.aspx?menuid=113)): Plataforma Contra a Obesidade (Microsite Direção-Geral da Saúde);
- DOC. N.º 16 – Livro: Educação Alimentar em Meio Escolar Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável (Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular);
- DOC. N.º 17 – (Texto apoio 5, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil): Puberdade;
- DOC. N.º 18 – (Link) ([http://apav.pt/apav\\_v2/index.php/pt/](http://apav.pt/apav_v2/index.php/pt/)): Violência do Namoro – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

## **Apêndice 6**

Prática Baseada na Evidência – Medias Não Farmacológicas no  
Controlo da Dor no Recém-Nascido

## Prática Baseada na Evidência – Medias Não Farmacológicas no Controle da Dor no Recém-Nascido

Encontramos em artigos científicos as seguintes evidências:

Evidência	Referência
As vias de controlo descendente no recém-nascido pré-termo não se encontram ainda suficientemente desenvolvidas, resultando em hipersensibilidade dolorosa.	Fernandes (2010)
As consequências da exposição repetida à dor no período neonatal têm vindo a ser estudadas, sendo hoje conhecidos os efeitos a curto prazo da dor não tratada, como a hiperalgesia e a alodinia nos recém-nascidos, e alguns efeitos a médio e longo prazo como as alterações da sensibilidade e da reatividade ao stress em crianças de idade escolar.	Fernandes (2010)
Os recém-nascidos pré-termo são mais vulneráveis ao stress e procedimentos dolorosos e respondem de forma intensificada a estímulos sucessivos.	Bouza (2009)
Um episódio agudo de dor pode causar danos neurológicos.	Bouza (2009)
A exposição repetida e prolongada de dor pode alterar o subsequente desenvolvimento psicocinético, bem como afetar a longo prazo o neurodesenvolvimento, os resultados comportamentais e socioemocionais. Estão identificadas sequelas a longo prazo, nomeadamente, défices cognitivos, défices na aprendizagem, performance motora reduzida, problemas de comportamento e défices de atenção.	Bouza (2009)
Os efeitos da dor não tratada estão documentados e o controlo da dor foi definido como uma parte fundamental no cuidado ao recém-nascido.	Codipietro, Bailo, Nangeroni, Ponzzone & Grazia (2010)
Glicose foi também comparada ao EMLA <sup>®</sup> , em recém-nascidos de termo, os resultados evidenciaram que as soluções de sabor doce pode ser consideradas mais eficazes do que o EMLA <sup>®</sup> para punções venosas.	Gradin, Eriksson, Holmqvist, Holstein, & Schollin (2002)
Dois minutos de intervalo entre a administração da sacarose e o procedimento doloroso foi o tempo mais eficaz, segundos os autores corresponde à libertação dos <i>opióides</i> endógenos associados ao sabor doce	Fernandes (2010)
Comparando o Aleitamento Materno (AM) com 1 ml de sucrose	Codipietro <i>et al.</i>

24% através de uma seringa antes da punção do calcanhar, bebés que foram amamentados mostraram menos choro, scores médios na escala PIPP, menos aumento da frequência cardíaca e menor diminuição média da saturação de oxigénio.	(2008)
Foram monitorizados os níveis de glicémia em bebés de mães diabéticas que receberam 2ml de sucrose 24% durante 3 punções do calcanhar consecutivas e não foram identificadas diferenças quando comparados com bebés que receberam um placebo.	<i>Taddio et al.</i> (2008)
Estudos demonstram que a combinação sacarose, chupeta e canguru materno é eficaz e segura em recém-nascidos pré-termo, permitindo reduzir a expressão facial e o tempo de recuperação quando comparada com a utilização de sacarose com chupeta.	Fernandes (2010)
O Método Canguru (MC) materno pode ser adicionado ao uso da sacarose com chupeta para reduzir as respostas de dor de recém-nascidos <i>pré-termo</i> acima das 28 semanas de gestação durante a colheita de sangue por venopunção.	Fernandes (2010)
As mães apreciam o contacto pele-a-pele durante o procedimento doloroso e sentem o seu papel parental reforçado por poderem participar no alívio da dor do seu bebé.	Fernandes (2010)
Para injeções intramusculares da hepatite B, a combinação do MC com 1ml de dextrose a 25% foram identificados scores de dor nas escalas NFCS e NIPS significativamente mais reduzidos quando comparados com a intervenção isolada ou existir intervenção.	Chermont, Falcão, Silva, Balda, & Guinsburg (2009)
As intervenções que promovem autorregulação e fornecem oro-tátil, oro-gustativo e tátil estimulação, capazes de reduzir as respostas de dor nos bebés durante os procedimentos dolorosos mais comuns nos cuidados neonatais.	Fernandes (2010)
Os recém-nascidos nos quais lhe administrada sucrose em simultâneo com MC, foi verificado menos expressões faciais de dor e permaneceram mais a dormir durante um procedimento doloroso quando comparados com bebés que apenas lhes foi administrada sucrose.	Fernandes (2010)
Intervenções que combinam múltiplos estímulos (massagem, voz e contacto visual) associados a soluções de sabor doce e sucção não nutritiva são mais eficazes do que apenas as soluções de sabor doce com sucção não nutritiva.	<i>Bellini et al.</i> (2001)
As mães que fazem MC durante uma punção venosa ficam menos ansiosas, pois experimentam prazer em segurar o bebé e	Fernandes (2010)

sentem que estão a cumprir o seu papel protetor maternal.	
Estudos com bebés pré-termo evidenciaram uma redução significativa no comportamento de stresse depois de 10 minutos de MC.	Ferber & Makhoul, (2008)
Há maior redução do choro se forem cominados EMLA®, sucrose e sucção não nutritiva.	Stevens, Yamada & Ohlsson (2010)
A sucrose é eficaz na redução do choro, expressão facial, tonus vagal, <i>durante a punção do calcanhar</i> , em volumes entre os 0,5-2ml de 12% a 50% de soluções de sucrose.	Stevens, Yamada & Ohlsson, 2010

## SIGLAS

Aleitamento Materno – AM

Método Canguru – MC

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Bach, F. (1997). Beta-endorphin in the brain: A role in nociception. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 41, 133-140. **DOI:** 10.1111/j.1399-6576.1997.tb04627.x.
- Bouza, H. (2009). The impact of pain in the immature brain. *The Journal of Maternal Medicine*, 22 (9), 722-732.
- Bellieni, C., Buonocore, G., Nenci, A., Franci, N., Cordelli, D. M., & Bagnoli, F. (2001). Sensorial saturation: An effective analgesic tool for heel-prick in preterm infants: a prospective randomized trial. *Biology Of The Neonate*, 80(1), 15-18.
- Codipietro, L., Ceccarelli, M., & Ponzzone, A. (2008). Breastfeeding or oral sucrose solution in term neonates receiving heel lance: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, 122(3), .e716-e721.
- Codipietro, L., Bailo, E., Nangeroni, M., Ponzzone, A., & Grazia, G. (2011). Analgesic Techniques in Minor Painful Procedures in Neonatal Units: A Survey in Northern Italy. *Pain Practice*, 11(2), 154-159. **DOI:**10.1111/j.1533-2500.2010.00406.x
- Chermont, A., Falcão, L., Silva, E., Balda, R. & Guinsburg, R. (2009). Skin-to-skin contact and/or oral 25% for procedural pain relief for term newborn infants. *Pediatrics*, 124 (6), p. e1101-e1107. **DOI:** 10.1542/peds.2009-0993.

- Fernandes, A. (2010). The efficacy of kangaroo mother care, sucrose and pacifier to reduce responses of preterm infants to procedural pain. (*Dissertação de Doutoramento em Enfermagem, Universidade de Lisboa, 2010*).
- Gradin, M., Eriksson, M., Holmqvist, G., Holstein, A., & Schollin, J. (2002). Pain reduction at venipuncture in newborns: oral glucose compared with local anesthetic cream. *Pediatrics*, 110 (6 part 1), 1053-1057.
- Ferber, S. & Makhoul, I. (2008). Neurobehavioral assessment of skin-to-skin effects on reaction to pain in preterm infants: a randomized, controlled within-subject trial. *Acta Paediatrica*, 97, 171-176.
- Stevens, B., Yamada, J. & Ohlsson, A. (2010). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures (Review). *The Cochrane Library*, Issue 1, p.1-112. **DOI:** 10.1002/14651858.CD001069.
- Taddio, A., Shah, V., Hancock, R., Smith, R., Stephens, D., Atenafu, E., & ... Katz, J. (2008). Effectiveness of sucrose analgesia in newborns undergoing painful medical procedures. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal De L'association Medicale Canadienne*, 179(1), 37-43. doi:10.1503/cmaj.071734

## **Apêndice 7**

Questionário sobre mitos e crenças “Uso de Medidas Não Farmacológicas no  
Controlo da Dor na Criança/Jovem”

## Uso de Medidas Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança/Jovem

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eu, Marisa Sofia Pinto de Jesus, encontro-me a realizar um estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátrica de Cirurgia Cardiorádica (UCIPCCT). Tenho como área de interesse a ***promoção do uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/ jovem***. No sentido de conhecer o grau de importância e o nível de motivação da equipa de enfermagem sobre esta temática, solicito que, para cada uma das afirmações seguintes assinale o algarismo que indica o seu grau de concordância, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Não concordo totalmente	Não concordo parcialmente	Indiferente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente

1. A dor provoca alterações fisiopatológicas no sistema imunitário, endócrino e nervoso.	1 2 3 4 5
2. O medo e a ansiedade das crianças são fatores agravantes da dor.	1 2 3 4 5
3. O medo e a ansiedade dos pais são fatores agravantes da dor nas crianças.	1 2 3 4 5
4. A brincadeira, distração e relaxamento produzem efeito no alívio da dor ligeira a moderada.	1 2 3 4 5
5. As crianças, principalmente os recém-nascidos, podem perceber a dor com mais intensidade que os adultos.	1 2 3 4 5
6. Os lactentes não têm memória de dor.	1 2 3 4 5
7. Devo acreditar na criança quando esta verbaliza dor.	1 2 3 4 5
8. As crianças poderão sofrer de stresse pós-traumático quando sujeitas a procedimentos muito dolorosos ou frequentes, sem recurso a analgesia.	1 2 3 4 5
9. O recém-nascido é incapaz de se lembrar da dor devido à imaturidade do sistema nervoso.	1 2 3 4 5
10. Se uma criança não demonstra respostas físicas e comportamentais de dor mas os pais verbalizam que a criança tem dor, devo acreditar.	1 2 3 4 5
11. A separação dos pais é geradora de stresse na criança e pode aumentar a percepção da dor.	1 2 3 4 5



12. As medidas não farmacológicas de controle da dor ligeira a moderada não são eficazes em contexto de pós-operatório.	1 2 3 4 5
13. A presença dos pais aquando procedimentos dolorosos transmite à criança segurança e tranquilidade diminuindo a sua ansiedade.	1 2 3 4 5
14. Um ambiente calmo e com pouca luz pode ajudar a reduzir a dor ligeira e moderada.	1 2 3 4 5
15. Os pais são o principal sistema de apoio das crianças, pelo que devem ter um papel ativo no controle da dor dos seus filhos.	1 2 3 4 5
16. Depois de um procedimento doloroso o enfermeiro deve-se manter afastado da criança.	1 2 3 4 5
17. O recém-nascido prematuro é menos sensível à dor do que um recém-nascido de termo.	1 2 3 4 5
18. A preparação para um procedimento deve incluir informações sobre o que a criança vai sentir, sendo essencial a adaptação da linguagem, de acordo com o desenvolvimento cognitivo e características pessoais.	1 2 3 4 5
19. Se os pais estiverem presentes durante um procedimento doloroso, devem ser envolvidos, podendo ajudar na imobilização dos filhos.	1 2 3 4 5
20. Na realização de procedimentos dolorosos ao recém-nascido o enfermeiro deve espaçar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais.	1 2 3 4 5
21. Possibilitar à criança a escolha de algo relacionado com o procedimento poderá favorecer a ansiedade.	1 2 3 4 5
22. A dor poderá provocar instabilidade hemodinâmica.	1 2 3 4 5
23. As crianças submetidas a vários procedimentos dolorosos habituem-se à dor.	1 2 3 4 5
24. Tenho dificuldades na utilização de medidas não farmacológicas no controle da dor em pediatria.	1 2 3 4 5
25. Tenho interesse em adquirir e aprofundar conhecimentos sobre medidas não farmacológicas no controle da dor.	1 2 3 4 5
26. Considero importante o uso de medidas não farmacológicas no controle da dor na UCIPCCT.	1 2 3 4 5

Muito obrigada pela sua colaboração,

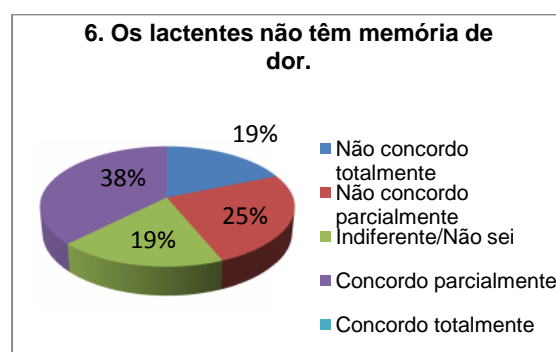
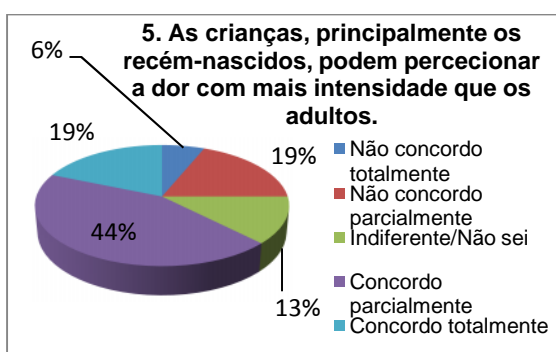
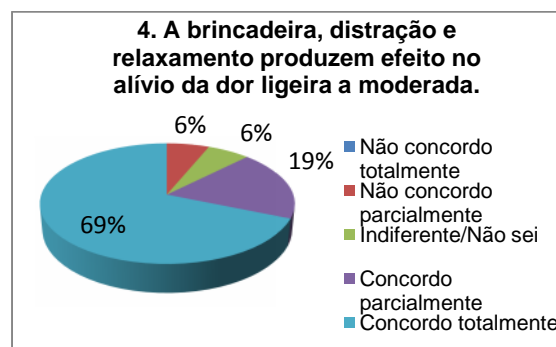
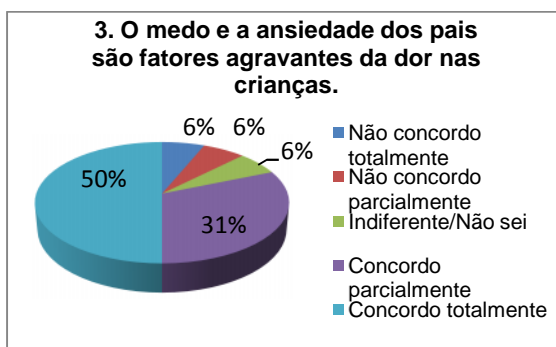
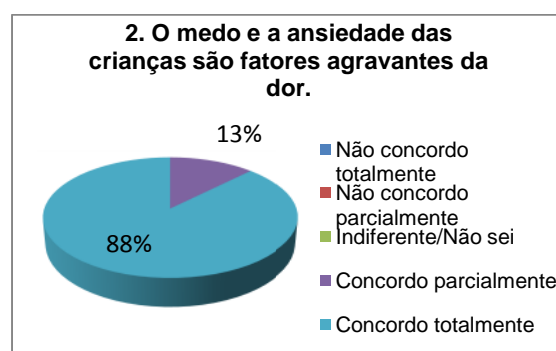
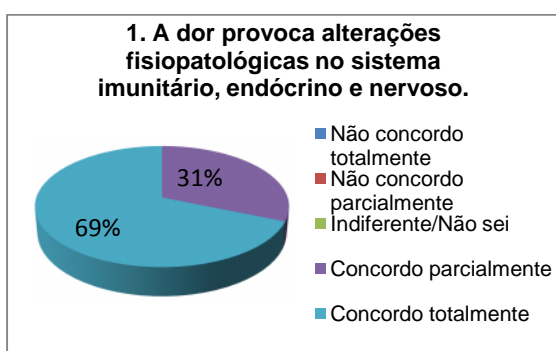
*Marisa Jesus*

## **Apêndice 8**

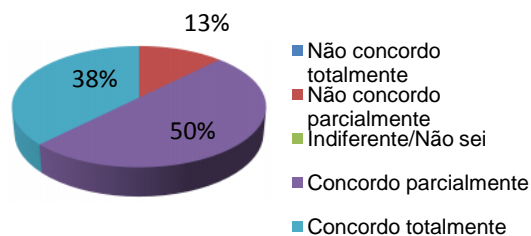
Resultados do questionário “ Uso de Medidas Não Farmacológicas no  
Controlo na Dor na Criança/Jovem”

## **Resultados do questionário “Uso de Medidas Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança/Jovem”**

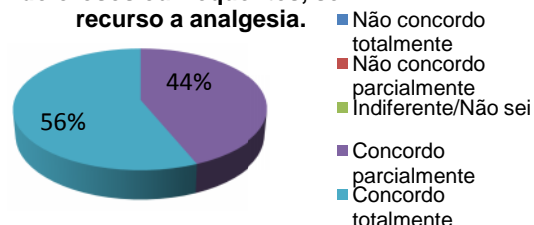
A equipa de enfermagem da UCIPCCT é composta por 23 enfermeiros. O questionário foi entregue a 19 enfermeiros. Foram excluídos 4 enfermeiros que se encontravam fora do serviço por motivos de doença e a minha pessoa. Desta forma o n.º total de questionários entregues foi de 18, sendo que apenas 16 foram devolvidos preenchidos



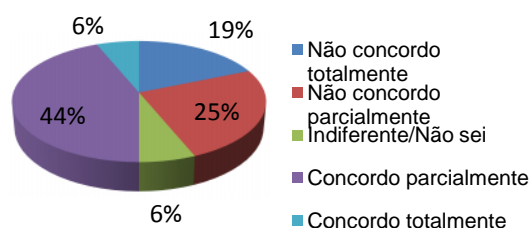
**7. Devo acreditar na criança quando esta verbaliza dor.**



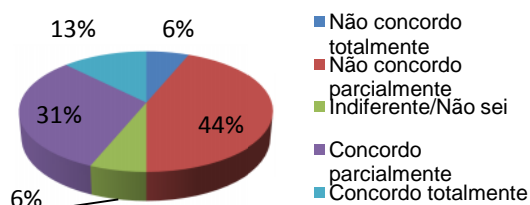
**8. As crianças poderão sofrer de stress pós-traumático quando sujeitas a procedimentos muito dolorosos ou frequentes, sem recurso a analgesia.**



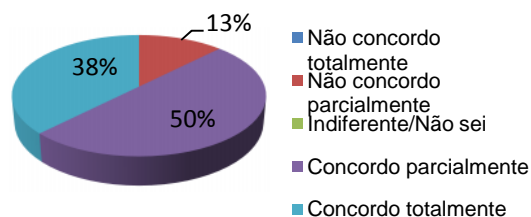
**9. O recém-nascido é incapaz de se lembrar da dor devido à imaturidade do sistema nervoso.**



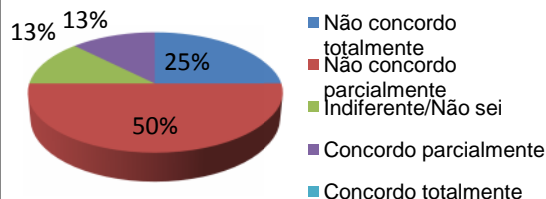
**10. Se uma criança não demonstra respostas físicas e comportamentais de dor mas os pais verbalizam que a criança tem dor, devo acreditar.**



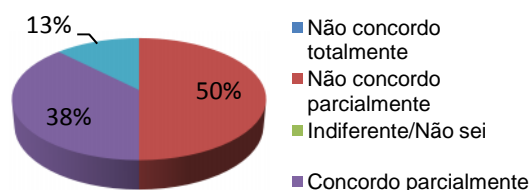
**11. A separação dos pais é geradora de stress na criança e pode aumentar a percepção da dor.**



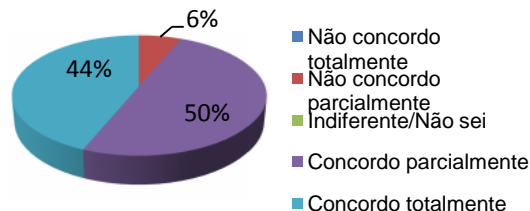
**12. As medidas não farmacológicas de controlo da dor ligeira a moderada não são eficazes em contexto de pós-operatório.**



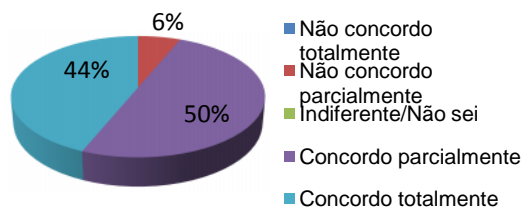
**13. A presença dos pais aquando procedimentos dolorosos transmite à criança segurança e tranquilidade diminuindo a sua ansiedade.**



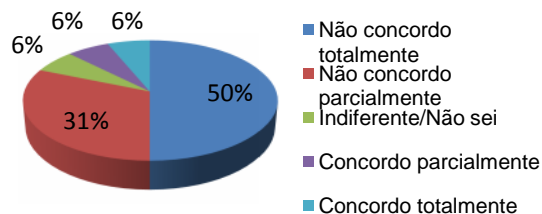
**14. Um ambiente calmo e com pouca luz pode ajudar a reduzir a dor ligeira e moderada.**



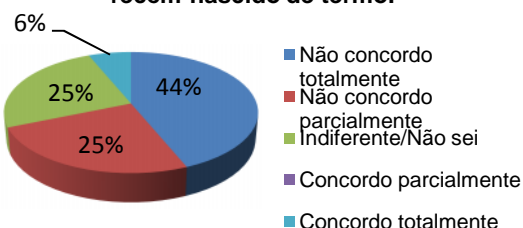
**15. Os pais são o principal sistema de apoio das crianças, pelo que devem ter um papel ativo no controlo da dor dos seus filhos.**



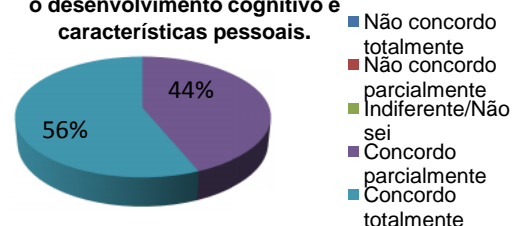
**16. Depois de um procedimento doloroso o enfermeiro deve-se manter afastado da criança.**



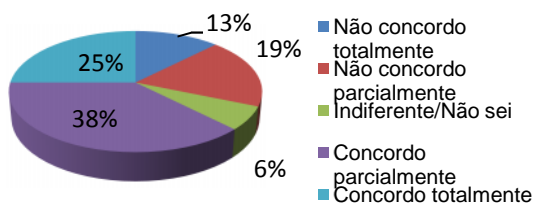
**17. O recém-nascido prematuro é menos sensível à dor do que um recém-nascido de termo.**



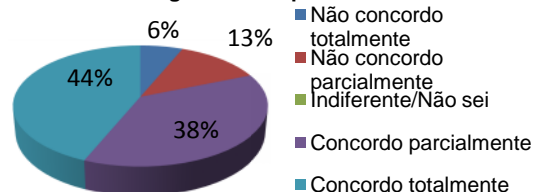
**18. A preparação para um procedimento deve incluir informações sobre o que a criança vai sentir, sendo essencial a adaptação da linguagem, de acordo com o desenvolvimento cognitivo e características pessoais.**



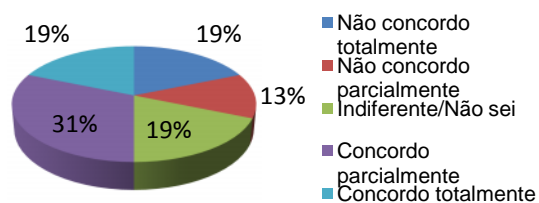
**19. Se os pais estiverem presentes durante um procedimento doloroso, devem ser envolvidos, podendo ajudar na imobilização dos filhos.**



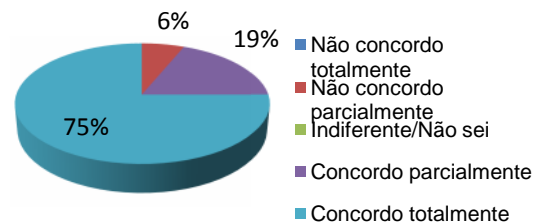
**20. Na realização de procedimentos dolorosos ao recém-nascido o enfermeiro deve espaçar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais.**



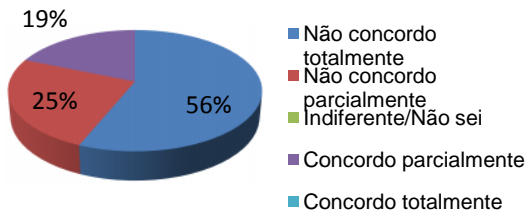
**21. Possibilitar à criança a escolha de algo relacionado com o procedimento poderá favorecer a ansiedade.**



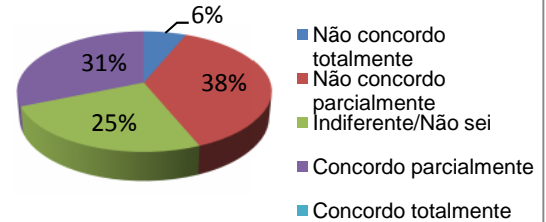
**22. A dor poderá provocar instabilidade hemodinâmica.**



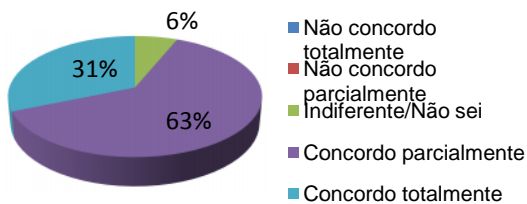
**23. As crianças submetidas a vários procedimentos dolorosos habituam-se à dor.**



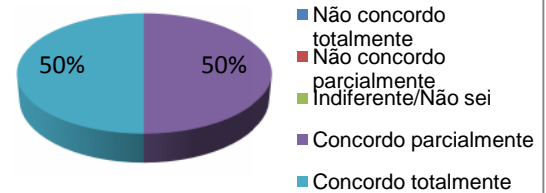
**24. Tenho dificuldades na utilização de medidas não farmacológicas no controlo da dor em pediatria.**



**25. Tenho interesse em adquirir e aprofundar conhecimentos sobre medidas não farmacológicas no controlo da dor.**



**26. Considero importante o uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor na UCIPCCT.**



## **Apêndice 9**

Questionário “ Uso de Medidas Não Farmacológicas no Controle na Dor  
na Criança/Jovem – Pós Formação em Serviço”

## Uso de Medidas Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança/Jovem

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, eu, Marisa Sofia Pinto de Jesus, após a realização das ações de formação em serviço com o objetivo de promover **a utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor na criança/**, gostaria de saber a sua opinião sobre a importância desta área temática e formação em serviço. Desta forma, solicito que, para cada uma das afirmações seguintes assinale o algarismo que indica o seu grau de concordância, utilizando a seguinte escala:

1	2	3	4	5
<b>Não concordo totalmente</b>	<b>Não concordo parcialmente</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Concordo parcialmente</b>	<b>Concordo totalmente</b>

1. Considero importante o uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor na UCIPCCT.	1 2 3 4 5
2. A formação em serviço efetuada foi importante para a sensibilização sobre o controlo da dor.	1 2 3 4 5
3. Considero estar mais desperto para a importância da utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor.	1 2 3 4 5
4. A formação em serviço contribuiu para a melhoria dos meus cuidados de enfermagem.	1 2 3 4 5

Muito obrigada pela sua colaboração,

*Marisa Jesus*



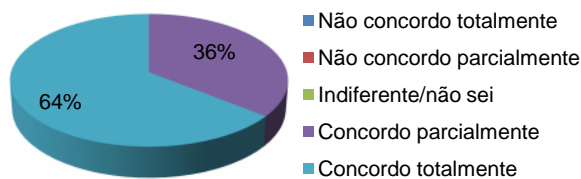
## **Apêndice 10**

Resultados do questionário “Uso de Medidas Não Farmacológicas no  
Controlo na Dor na Criança/Jovem – Pós Formação em Serviço”

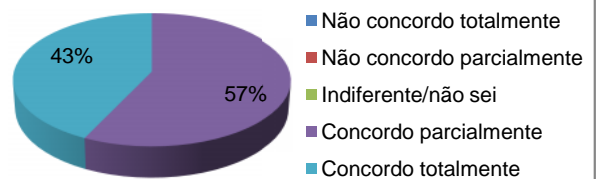
## **Resultados do questionário “Uso de Medidas Não Farmacológicas no Controlo na Dor na Criança/Jovem – Pós Formação em Serviço”**

O questionário foi entregue a 14 enfermeiros. Foram excluídos 2 enfermeiros que não assistiram às formações em serviço e 1 enfermeiro que se encontrava fora do serviço por motivos de doença. Desta forma o n.º total de questionários entregues foi de 15, sendo que apenas 14 questionários foram devolvidos preenchidos.

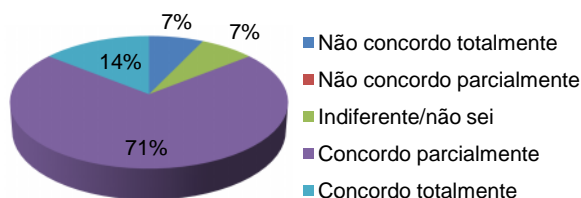
**1. Considero importante o uso de medidas não farmacológicas no controlo da dor na UCIPCCT.**



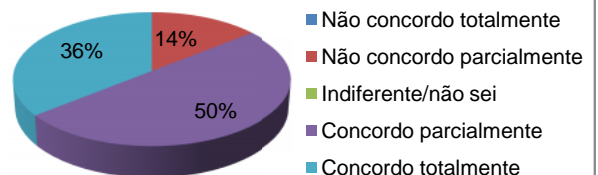
**2. A formação em serviço efetuada foi importante para a sensibilização sobre o controlo da dor.**



**3. Considero estar mais desperto para a importância da utilização das medidas não farmacológicas no controlo da dor.**



**4. A formação em serviço contribuiu para a melhoria dos meus cuidados de enfermagem.**



## **Apêndice 11**

*Dossier* “Controlo da Dor em Pediatria - Prática Baseada na Evidência”

# Controlo da Dor em Pediatria



Prática Baseada na Evidência

2013

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baeyer, C., Marche, T., Rocha, E. & Salmon K. (2004). Children’s memory for pain: Overview and implications for practice. *The Journal of Pain*, 5 (5), 241-249.
- Barros, L. (2010). A dor pediátrica associada a procedimentos médicos: Contributos da psicologia pediátrica. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 295-306.
- Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: Uma década. *Saúde & Tecnologia*, suplemento, e16-e21.
- Bouza, H. (2009). The impact of pain in the immature brain. *The Journal of Maternal Medicine*, 22 (9), 722-732. **DOI:** 10.3109/14767050902926962.
- Centro Hospitalar de Lisboa. (2010a). *Avaliação da dor enquanto 5.º sinal vital*. (Procedimento Multisectorial – TRC. 111).
- Centro Hospitalar de Lisboa. (2010b). *Protocolo de aplicação tópica de anestésico local EMLA®*. (Procedimento Multisectorial – TRC. 140).
- Centro Hospitalar de Lisboa. (2010c). *Protocolo de administração de sacarose oral*. (Procedimento Multisectorial – TRC. 141).
- Cohen, L. (2008). Behavioral approaches to anxiety and pain management for pediatric venous access. *Pediatrics*, 122, Supplement 3, S134-S139. **DOI:** 10.1542/peds.2008-1055f.
- Direção-Geral da Saúde. (2003). A dor como 5.º sinal vital: Registo sistemático da intensidade da dor. (Circular Normativa n.º 09/DGCG). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças, (Orientação n.º 014/2010). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde. (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), (Orientação n.º 022/201). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). (Orientação n.º 024/2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fanurik, D., Koh, J.. & Schmitz M. (2000). Distraction techniques combined with EMLA®: Effects on IV insertion pain and distress in children. *Children's Health Care*, 29 (2), 87-101. **DOI:** 10.1207/S15326888CHC2902\_2.
- Hatfield L. (2008). Sucrose decreases infant biobehavioral pain response to immunisations: A randomised controlled trial. *Journal of Nursing Scholarship*, 40 (3), 219-225. **DOI:** 10.1111/j.1547-5069.2008.00229.x.
- Hatfield, L., Meyers, M. & Messing, T. (2013). A systematic review of the effects of repeated painful procedures in infants: Is there a potential to mitigate future pain responsivity? *Journal of Nursing Education and Practice*, 3 (8), 99-112. **DOI:** 10.5430/jnep.v3n8p99
- International Association for the Study of Pain. (2006). Psychological interventions for acute and chronic pain in children. *Pain Clinical Updates*, 14 (4), 1-4.
- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P. & Kisely, S. (2010). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents (Review). *The Cochrane Collaboration*®, Issue 11, i-91. **DOI:** 10.1002/14651858.CD005179.
- Noel, M., Chambers, C., McGrath, P., Klein, R. & Stewart, S. (2012). The influence of children's pain memories on subsequent pain experience. *Pain*®, 153, 1563-1572. **DOI:** 10.1016/j.pain.2012.02.020.
- Ordem Dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediatria*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, 2 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem (2008). *Dor - Guia orientador de boa prática*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I (1), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos Ordem dos enfermeiros, Série I (6), Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Pölkki, T., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A-M. (2001). Nonpharmacological methods in relieving children's postoperative pain: A survey on hospital nurses in Finland. *Journal of Advanced Nursing*, 34 (4), 483-492. **DOI:** 10.1046/j.1365-2648.2001.01777.x.
- Pölkki, T. Laukkala, H., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä, A. (2003). Factors influencing nurses' use of nonpharmacological pain alleviation methods in paediatric patients. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 17, 373-383.
- Twycross, A. (2010). Managing pain in children: Where to from here?. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2090-2099. **DOI:** 10.1111/j.1365-2702.2010.03271.x.
- Uman, L., Chambers, C., McGrath, P. & Kisely, S. (2008). A systematic review of randomized controlled trials examining psychological Interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents: An abbreviated cochrane review. *Journal of Pediatric Psychology*, 33 (8), 842-854. **DOI:** 10.1002/14651858.CD005179.
- Wang, Z., Sun, L. & Chen, A. (2008). The efficacy of non-pharmacological methods of pain management in school age children receiving venepuncture in a paediatric department: A randomized controlled trial of audiovisual distraction and routine psychological intervention. *Swiss Medical Weekly*, 138 (39-40), 579-584. **DOI:** 2008/39/smw-12224.

## **Apêndice 12**

Tabela “Idade/Características do desenvolvimento/Reações ao stresse (medo/ansiedade) e dor *VERSUS* Medidas não farmacológicas de controlo da dor”



## Idade/Características do desenvolvimento/Reações ao stresse (medo/ansiedade) e dor *VERSUS* Medidas não farmacológicas de controlo da dor

<b>Idade/Características do desenvolvimento/Reações ao stresse (medo/ansiedade) e dor</b>	<b>Medidas não farmacológicas de controlo da dor</b>
<p><b>O a 1 ano – Desenvolvimento da confiança e Pensamento Sensorio Motor</b></p> <p><b>Recém-Nascido (RN)</b></p> <p><b>Pais:</b> Medo e ansiedade máximos;  <b>RN:</b> Medo e ansiedade mínimos;</p> <p>Não se verifica o medo de estranho;</p> <p>A comunicação não verbal é de extrema importância, pois neste estágio de desenvolvimento, os bebés reagem grandemente ao estímulo tátil.</p> <p>Dar respostas às suas necessidades permite desenvolver um sentimento de confiança em si e nos outros.</p> <p><b>Reação à dor:</b></p> <p>Comportamental, fisiológica e metabólica;</p> <p>Têm memória de dor</p> <p>Têm maior sensibilidade à dor;</p>	<p>O toque deverá ser com alguma firmeza, sendo o bebé quem decide a intensidade.</p> <p>Toque suave e inconsistente poderá potenciar um estado de irritabilidade.</p> <p>A voz da mãe é apaziguadora. Sons semelhantes aos ruídos gastrointestinais ou batimentos cardíacos geralmente são calmantes.</p> <p>Emitir sons próximos daqueles que o bebé verbaliza.</p> <p>Gerir os estímulos ambientais e utilizar medidas de conforto de forma a reduzir o stresse:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Controlar a luz e o ruído ambiental;</li> <li>- Agrupar os cuidados para permitir intervalos de repouso, respeitando ciclos de sono-vigília;</li> <li>- Colocar o RN numa posição confortável mobilizando-o regularmente;</li> <li>- Realizar manipulação mínima nos RN gravemente doentes;</li> </ul> <p><b>Na realização de procedimentos dolorosos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Espaçar os procedimentos de forma a permitir a recuperação de parâmetros fisiológicos e comportamentais;</li> <li>- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, de forma a ajustar as intervenções em conformidade;</li> <li>- Selecionar o material e realizar o procedimento de forma que cause menos dor (ex.: preferir lancetas automáticas, garrote manual);</li> <li>- Para colheita de sangue evitar, sempre que possível, a punção do calcanhar, reservando-a para a pesquisa de glicémia na impossibilidade</li> </ul>

	<p>de realizar a punção venosa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Usar sistematicamente a contenção manual ou com lençol;</li> <li>- Utilizar a sucção não nutritiva com sacarose a 24% ou glicose a 30% (se não existir sacarose a 24%);</li> </ul>
<p><b>1 aos 6 meses</b></p> <p><b>Pais:</b> Medo e ansiedade máximos;  <b>Lactente:</b> Medo e ansiedade mínimos;          Não se verifica o medo de estranho;</p> <p>Usam e entendem a comunicação não verbal,</p> <p>Dar respostas às suas necessidades permite desenvolver um sentimento de confiança em si e nos outros.</p> <p>Sons agudos e altos e movimentos súbitos são ameaçadores.</p> <p>Respondem prontamente a qualquer contanto firme, suave e quieto e um tom de voz calmo.</p> <p>Os pais são parceiros de eleição na brincadeira, inculcando-lhe a noção de prazer com os objetos;</p> <p><b>Reação à dor:</b></p> <p>Têm memória de dor;</p> <p>São mais sensíveis até aos 3 meses (principalmente), devido à imaturidade do sistema de controlo descendente.</p> <p>O bebé distingue o que é agradável do que é desagradável e reage com todo o corpo: chora e movimenta os braços e pernas em simultâneo.</p> <p>Respondem ao comportamento dos pais (ansiedade);</p>	<p><b>Medo de estranhos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avançar lentamente e sem ameaças, limitar o numero de pessoas estranhas que junto do bebé.</li> <li>- Incentivar a presença dos pais (validar com os pais a sua vontade);</li> <li>- Manter os pais na linha de visão do bebé;</li> </ul> <p>Tocar e dar afetos (sempre que possível);</p> <p>Usar objetos que tranquilizam e transmitam segurança ao bebé (chucha, fraldinha de pano, caixinha de música);</p> <p>Utilizar um tom de voz calmo;</p> <p>Segurar e reconfortar o lactente depois de um procedimento doloroso/stressante e incentivar a mãe a confortá-lo;</p> <p>Utilizar medidas de conforto ambientais (diminuição do ruído e da luminosidade);</p> <p>Sempre que possível promover o contacto entre pais/bebé (através do toque, massagem, ou colo);</p> <p>Proporcionar relaxamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O olhar, o sorriso, as expressões faciais transmitem confiança e reduzem o medo e ansiedade;</li> </ul> <p>Sucção-não-nutritiva proporciona prazer e ajuda a controlar a dor;</p> <p>Falar ou cantar suavemente;</p> <p>Contenção com lençol, ou manual reduz os</p>

	movimentos de agitação no sentido de dar limites ao corpo;
<p align="center"><b>6 meses a 1 ano</b></p> <p>O medo e a ansiedade da separação dos pais são máximos. O bebé, através das sensações corporais, integra progressivamente os respetivos limites e compreende que é um ser individual.</p> <p>Reconhece as pessoas do seu meio e afeiçoa-se de modo particular à mãe;</p> <p>A atenção do bebé dirige-se para objetos que se mexam, com sons e que brilhem.</p> <p><b>O lactente reage a:</b></p> <p><b>Separação dos pais</b> (protesto: choro e agarra-se aos pais; Desespero: desinteresse pelo ambiente, inativo)</p> <p><b>Lesão corporal e dor:</b> choro, rigidez ou agitação;</p> <p><b>Perda de controlo:</b> desconfiança e alterações das expressões faciais (choro e sorriso).</p>	<p>Toque terapêutico (antes de procedimentos invasivos)</p> <p>Distração: Brinquedos com cores vivas, com contrastes e que produzam sons (bolas coloridas, livros de musica) e texturas em relevo, roca...)</p> <p>Utilizar a música: CD’s de música para bebés; caixinha de música.</p> <p><b>Na realização de procedimentos dolorosos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Avaliar a dor antes, durante e após o procedimento, de forma a ajustar as intervenções em conformidade;</li> <li>- Promover a presença dos pais, sempre que possível e se for da vontade dos pais;</li> <li>- Dotar os pais de informação sobre o que vai acontecer, o que o bebé pode experimentar e as sensações e reações que o bebé pode ter e esclarecer as dúvidas dos pais;</li> <li>- Utilizar a sucção-não-nutritiva com sacarose a 24% ou glicose a 30% (se não existir sacarose a 24%);</li> <li>- Usar sistematicamente a contenção manual ou com lençol;</li> <li>- Utilizar técnicas de distração com brinquedos adequados à idade, promover a presença do brinquedo favorito;</li> </ul>
<p align="center"><b>1 aos 3 anos – Desenvolvimento da autonomia e pensamento pré-operacional.</b></p> <p><b>Pais:</b> medo e ansiedade máximos à separação;</p> <p><b>Criança:</b> medo e ansiedade máximos à separação;</p>	<p>Manter as estratégias anteriores;</p> <p>Manter a presença dos pais e encorajar a participação destes nos cuidados (sempre que possível);</p> <p>Dar atenção por meio de brincadeiras.</p> <p>Conter os movimentos de agitação no sentido de</p>

<p>Relação de apego bem desenvolvida; não tem a noção do tempo, da distância;</p> <p>Podem sentir mais <i>Distress</i> (sofrimento emocional) se os pais estão ausentes durante o procedimento dolorosos;</p> <p>Fraca capacidade em suportar a frustração;</p> <p>Início do pensamento mágico e simbólico.</p> <p>Comportamento negativo – poderá haver resistência ao tratamento, pode tentar fugir.</p> <p>Tem prazer em imitar e em repetir experiências e jogos com prazer;</p> <p>É capaz de fazer associações de simples ideias;</p> <p>As experiências não invasivas são altamente ansiogénicas e podem reagir a tais procedimentos não dolorosos tão intensamente como reagiria a estímulos dolorosos.</p> <p>São incapazes de ter pensamento abstrato – interpretam palavras literalmente.</p> <p>Evitar usar palavras que possam ser mal interpretadas.</p> <p>Conferem atributos humanos a objetos inanimados (animismo);</p> <p>Temem as lesões corporais ou a mutilação; medo de agulhas, acreditam que quanto maior é a quantidade de sangue maior é o sofrimento;</p> <p>Tendem a atrasar os tratamentos dolorosos ou desconfortáveis; precisam de sentido de controlo; cooperam melhor se são envolvidos na avaliação e</p>	<p>dar limite ao corpo e proporcionar conforto e segurança à criança;</p> <p>Enfatizar a cooperação da criança através de ordens simples e individuais;</p> <p>Se a criança tiver um brinquedo ou boneco falar 1.º com o boneco. Fazer perguntas simples (como por exemplo: como se chama o Sr. urso?)</p> <p><b>Pensamento egocêntrico</b> – focalize a comunicação na criança. Permita-lhes tocar e examinar objetos que estarão em contacto com elas.</p> <p>Explicar o procedimento em relação ao que a criança irá ver, ouvir, saborear, cheirar e sentir. Usar poucos termos, que sejam simples e conhecidos da criança;</p> <p>Dar uma instrução de cada vez;</p> <p>Enfatizar os aspetos do procedimento que exigem colaboração (p. ex.: ficar deitado imóvel).</p> <p>Dizer à criança que não há problema em expressar o seu desconforto verbalmente (p. ex.: chorar, gritar).</p> <p><b>Comportamento negativo</b> – preveja que haverá resistência ao tratamento, pode tentar fugir. Usar uma abordagem firme e direta.</p> <p>Usar técnicas de distração: Histórias, rimas, canções de embalar, canções infantis (CDs de musica para crianças);</p> <p><b>Animismo</b> – manter os objetos assustadores fora da visão.</p> <p>Usar réplicas pequenas do material e equipamento, deixar a criança manipular o material (modelagem)</p> <p>Demonstre o procedimento num boneco (mas não o seu preferido (animismo)).</p>
--	--

<p>tratamento;</p> <p>Tendem em culpar alguém pela própria dor e podem bater na pessoa;</p> <p>Não conseguem compreender a incapacidade dos pais em acabarem com o seu sofrimento, e a separação destes agrava a intensidade da sua experiência dolorosa;</p> <p>A criança reage a:</p> <p><b>Separação dos pais</b> (protesto: chora e grita intensamente, podendo cessar com a exaustão; agressão verbal a pessoas estranhas;</p> <p><b>Perda de controlo:</b> regressão</p> <p><b>Lesão corporal e dor:</b> choro alto, reação física e localizada, expressão facial de dor e/ou raiva; crises de birras, resistência física, acessos de raiva, agressão física, não cooperação, pode mostrar-se hiperativa, inquieta;</p>	<p>Falar com os pais em separado sobre um determinado procedimento (risco de interpretações incorretas por parte da criança).</p> <p><b>Conceito de tempo limitado</b> – preparar a criança imediatamente antes do procedimento.</p> <p>Terminar as preparações antes de envolver a criança no procedimento.</p> <p>Deixar todo o material necessário para o procedimento previamente preparado (mas fora do campo de visão da criança), para evitar atrasos.</p> <p>Começam a ter a noção do tempo (deve-se explicar que o medicamento dará resultado quando terminar o programa da T.V.)</p> <p>Avisar a criança quando o procedimento tiver terminado.</p> <p><b>Luta pela independência</b> – permitir escolhas sempre que possível; permitir que a criança participe no procedimento e ajude sempre que possível. (exemplo: escolher o dedo em que quer ser picada, segurar no penso).</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento:</p> <p>Relaxamento criativo – estratégia comportamental que ajuda a criança a controlar o medo e a aumentar a tolerância à dor inerente a procedimentos invasivos. (exemplo: bater as palmas com muita força e deixar cair como fosse um gelado a derreter ao sol ou ficar leve como um algodão, ou ficar como se estivesse a boiar na praia).</p>
<p><b>4 aos 6 anos – desenvolvimento da iniciativa e pensamento pré-operacional ou intuitivo</b></p> <p>O medo e a ansiedade causam sentimentos de culpa; tolera mais</p>	<p>Preparar/informar os pais e a criança separadamente, quando possível. Antes do procedimento, fornecer informação sobre o procedimento (o que vai passar-se) e sensorial (que sensações poderão ocorrer) a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista. A</p>

<p>facilmente a separação;</p> <p>Tolera mais facilmente a separação dos pais;</p> <p>Perceciona os procedimentos como uma punição, fantasiando medos irreais;</p> <p>Preocupa-se com a integridade física;</p> <p>Os conflitos psicosssexuais da criança dos 4 aos 6 anos tornam-na mais vulnerável a ameaças de lesão corporal.</p> <p>O conceito de imagem corporal está pouco desenvolvido e o medo da mutilação está no auge.</p> <p>O medo de perder qualquer parte do corpo é ameaçadora, os seus medos de castração dificultam ainda mais a compreensão de procedimentos ligados à área genital (circuncisão e algaliação).</p> <p>Orientada para os rótulos de bom e mau;</p> <p>A criança reage a:</p> <p><b>Separação dos pais:</b> protesto; transferência de sentimentos, desespero, agressão física e verbal, negação;</p> <p><b>Perda de controlo:</b> regressão;</p> <p><b>Lesão corporal e dor:</b> culpabilização; choro alto, grito, verbalizações como “ai”, “doi”, agarra-se aos pais, enfermeiro, solicita suporte emocional (abraço, mimos).</p>	<p>preparação pode incluir a demonstração e manipulação de alguns materiais);</p> <p>Utilizar uma linguagem com termos que não sejam suscetíveis de levar a criança a interpretações erradas;</p> <p>Manter a presença dos pais;</p> <p>Permitir o manuseio do kit com material lúdico-terapêutico, esclarecendo dúvidas e receios (Kit de material lúdico-terapêutico: favorece o exercício da brincadeira lúdica com a criança e com os pais, dotando-os de competências na aquisição de mecanismos de adaptação ao medo, ansiedade e dor, potencialmente presentes nos procedimentos invasivos;</p> <p>Utilizar palavras neutras para descrever os procedimentos;</p> <p>Estimular a verbalização de ideias e sentimentos;</p> <p>Afirmar diretamente que os procedimentos nunca são uma forma de punição;</p> <p>Encorajar a participação na tomada de decisões;</p> <p>Esclarecer o porquê dos procedimentos;</p> <p>Elogiar a ajuda e a cooperação (nunca envergonhá-la pela falta de cooperação);</p> <p>Manter os objetos ameaçadores fora do campo de visão, exceto quando mostrados ou usados nela;</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- relaxamento criativo;</li> <li>- respiração abdominal ou diafragmática;</li> <li>- respiração lenta e profunda</li> <li>- posicionamento para conforto;</li> </ul> <p>Utilizar técnicas de distração: histórias, canções e rimas infantis, televisão e jogos adequados à idade;</p> <p>Utilizar estratégias de confronto:</p>
---	--

	<p>-autoinstrução e pensamento positivo, associados a técnicas de relaxamento;</p> <p>Contrato comportamental ou reforço positivo: informal ou formal, recompensa e elogio (antes do procedimento, combinar com a criança o comportamento esperado e a recompensa. Após o final do procedimento, utilizar o elogio verbal (“gostei que tivesses ficado muito quieto como te pedi”) ou pequenos prémios (ex.: autocolantes, certificado), conforme combinado.</p>
<p><b>7 aos 11 anos – pensamento concreto.</b> <b>Desenvolvimento da sensação de atividade</b></p> <p>Facilidade em expressar os medos, tolera bem a separação dos pais;</p> <p>Compreende bem as regras;</p> <p>Confiam menos no que veem e mais o no que sabem.</p> <p>Compreendem o tempo;</p> <p>Começam a raciocinar em termos de causa-efeito;</p> <p>Temem a mutilação corporal;</p> <p>Comportamentos tais como gritos e choro diminuem quando a criança desenvolve o pensamento operacional concreto, por volta dos 7 anos de idade;</p> <p>Por volta dos 9, 10 anos, a maioria das crianças demonstra pouco medo ou resistência à dor.</p> <p>Comunicam verbalmente a sua dor, e conseguem descrever de forma clara a sua intensidade e qualidade.</p> <p>A criança reage a:</p>	<p>Explicar os procedimentos usando a terminologia científica correta;</p> <p>Explicar os motivos para o procedimento;</p> <p>Explicar, em termos concretos, a função e o funcionamento do equipamento;</p> <p>Permitir o manuseio do equipamento;</p> <p>Esclarecer dúvidas;</p> <p>Proporcionar privacidade;</p> <p>Comunicar à criança o que se espera dela;</p> <p>Permitir a responsabilidade de executar tarefas simples (segurar o adesivo);</p> <p>Estimular a brincadeira;</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiração lenta e profunda;</li> <li>- Respiração diafragmática;</li> <li>- Ciclo respiratório; (estratégia que pode ser usada em crianças escolares e adolescentes. Consiste numa inspiração mais profunda do que o habitual, retendo o ar por alguns segundos (5seg.) antes de o expelir. Pedir à criança para expirar um pouco mais do que o habitual, soprando com força como se apagasse uma vela. Enquanto expira deve adotar uma postura relaxada e mole. Deixar que a respiração retome</li> </ul>



<p><b>Separação dos pais:</b> protesto;</p> <p><b>Perda de controlo:</b> dependência; solidão; isolamento, apatia, depressão, raiva, frustração, sono excessivo, hábitos televisivos excessivos;</p> <p><b>Lesão corporal e dor:</b> medo da incapacidade e morte; medo de procedimentos na área genital (mutilação); aceitação passiva da dor, comunica a dor, tentativa de adiar o procedimento, rigidez, procura de informação;</p>	<p>o ciclo normal. 1º expiração forçada/ inspiração, retenção 5 seg./expiração lenta/respiração normal);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Contração e descontração dos membros (usar bolas coloridas anti-stresse);</li> <li>- Posicionamento para conforto;</li> </ul> <p>Aplicar técnicas de estimulação cutânea: fricção simples e ritmada de uma parte do corpo, massagem, uso de calor ou frio (estratégias sensoriais que desencadeiam mecanismos de inibição da dor associadas a procedimentos invasivos e potencialmente dolorosos);</p> <p>Utilizar técnicas de distração:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Histórias, vídeos, imaginação guiada (leva a criança a concentrar-se intensamente numa imagem mental do seu agrado que envolva componentes visuais, auditivas, olfativas e gustativas) combinada com relaxamento, música da preferência da criança;</li> </ul> <p>Ensinar estratégias de confronto (em conjunto com técnicas de relaxamento):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamento positivo (é uma estratégia cognitiva de confronto que consiste em ensinar à criança declarações positivas para dizer quando estiver com medo e/ou dor (exemplo: <i>respira/relaxa, dói menos; eu consigo controlar-me; sou capaz; eu consigo aguentar</i>);</li> <li>- Autoinstrução (é uma estratégia cognitiva de confronto que consiste em ajudar a criança a identificar fatos positivos sobre o acontecimentos que provoca medo e/ou dor (exemplo: <i>não demora muito</i>); identificar informação tranquilizadora (exemplo: <i>se eu penso noutra coisa não dói tanto</i>); utilizar em conjunto de fatos positivos numa série de frases e ajudar a memorizá-las (exemplo: <i>vai ser rápido, a dor é pequenina, tenho boas veias, vou para a enfermaria e depois para casa</i>);</li> </ul> <p>Contrato comportamental ou reforço positivo: definir o comportamento de cooperação a efetuar num determinado tempo e definir as regalias que dão o direito à recompensa;</p>
--	--



<p><b>12 aos 18 anos - desenvolvimento da identidade. Pensamento e raciocínio abstrato e formal.</b></p> <p><b>Medo da alteração da imagem corporal;</b></p> <p>Medo de perder o controlo durante os procedimentos dolorosos;</p> <p>Medo da incapacidade;</p> <p>Compreendem as abstrações;</p> <p>Precisam de manter a autoestima e controlo (podem não mostrar comportamentos de dor por vergonha);</p> <p>Necessidade de informação, de privacidade e de espaços adequados ao seu nível de desenvolvimento;</p> <p>Beneficiam com o ensino de técnicas para manter o controlo durante os procedimentos;</p> <p>Acreditam que os profissionais de saúde sabem quando é necessária a medicação para a dor, pelo que, podem não a pedir;</p> <p>O adolescente reage a:</p> <p><b>Separação dos pares:</b> depressão, solidão e tédio;</p> <p><b>Perda de controlo:</b> rejeição, coloca em questão a adequação dos cuidados, pode demonstrar uma atitude de confiança excessiva;</p> <p><b>Lesão corporal e dor:</b> autocontrolo, autoafirmação, coopera nos procedimentos, descreve as experiências de dor, relutantes em verbalizar espontaneamente a dor, apresentando uma pseudo-tranquilidade ou irritabilidade. Tensão muscular e controlo corporal aumentados.</p>	<p>Garantir a privacidade;</p> <p>Envolver na tomada de decisões;</p> <p>Encorajar na expressão de sentimentos e ideias;</p> <p>Explicar os procedimentos e as razões pelas quais os procedimentos são necessários ou benéficos;</p> <p>Compreender o medo da morte e da incapacidade;</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respiração lenta e profunda;</li> <li>- Respiração diafragmática;</li> <li>- Ciclo respiratório;</li> <li>- Contração e descontração dos membros (usar bolas coloridas anti-stresse);</li> <li>- Posicionamento para conforto;</li> </ul> <p>Aplicar técnicas de estimulação cutânea: fricção simples e ritmada de uma parte do corpo, massagem, uso de calor ou frio;</p> <p>Utilizar técnicas de distração:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Histórias, vídeos, imaginação guiada combinada com relaxamento, música da preferência do adolescente;</li> </ul> <p>Ensinar estratégias de confronto (em conjunto com técnicas de relaxamento):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensamento positivo;</li> <li>- Autoinstrução.</li> </ul>
---	---

## **BIBLIOGRAFIA**

- Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: perspectiva desenvolvimentista* (2.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria: compreender para mudar*. Lidel – edições técnicas, lda;
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2011). *Wong: fundamentos de enfermagem pediátrica* (8<sup>o</sup> Ed.). Rio de Janeiro: Elsevier Editora Ltda.
- Direção-Geral da Saúde (2012a). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos), (Orientação n.º 022/201). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde. (2012b). Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). (Orientação n.º 024/2012). Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ordem Dos Enfermeiros – Comissão de Especialidade de Saúde Infantil e Pediatria (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediatria*. Cadernos Ordem dos Enfermeiros, Série I, 2 (3). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

## **Apêndice 13**

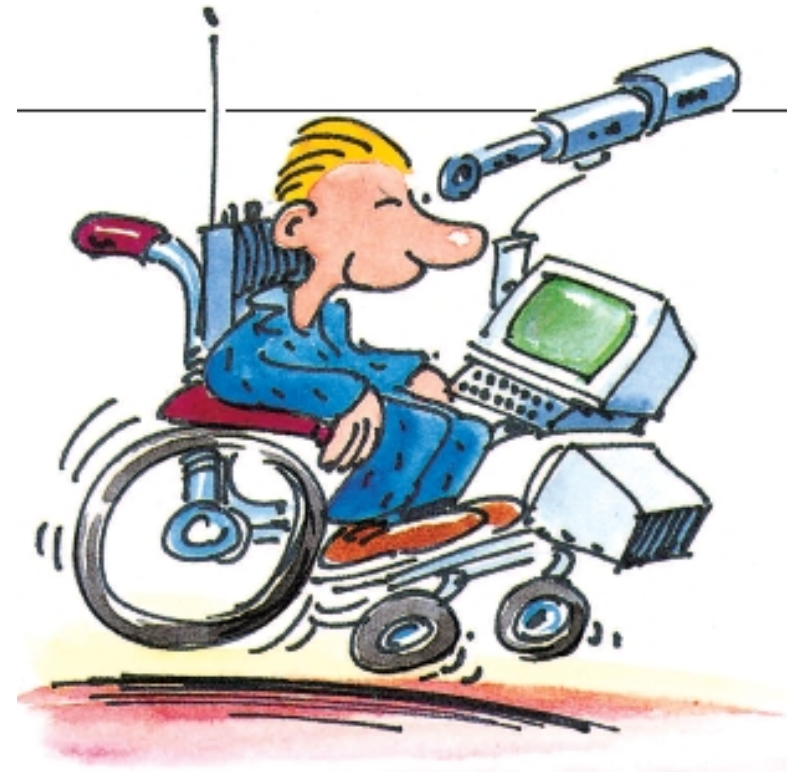
*Kit Sem Dor* – Capa e Lista de Material lúdico-terapêutico e Diploma de bom comportamento

## Lista de material lúdico-terapêutico

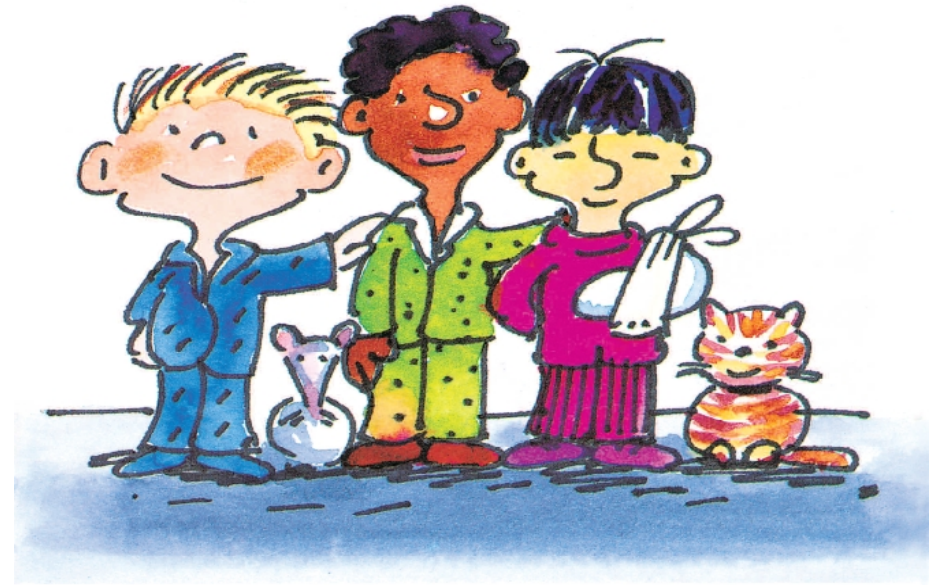
- Caleidoscópio do mar;
- Caleidoscópio olho de mosca;
- Jogo de paciência barco pirata;
- Jogo de paciência cubo com bolas cor-de-rosa e azuis;
- Bonecos: ovelha e burro;
- Bola anti-stresse globo;
- Brinquedo *Itsimagical*® interativo;
- Cataventos;
- Diplomas de bom comportamento;
- Livros:
  - Dicionário por imagens – Os animais;
  - Conjunto de livros *Toy Story 3* - a minha 1.ª biblioteca) (6 livros);
  - Os melhores contos mágicos;
  - Geronimo Stilton – Naufrágio na ilha dos piratas;
  - Geronimo Stilton – Pânico nos Himalaias.

# *Kit Sem Dor*

Material  
lúdico-terapêutico



# DIPLOMA



Declara-se que o (a) menino (a) \_\_\_\_\_ teve um comportamento exemplar durante o internamento na Unidade de Cuidados Intensivos, colaborando em todos os tratamentos.

Lisboa, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_ O enfermeiro \_\_\_\_\_